

Меѓународен Славјански Универзитет
"Гаврило Романович Державин"
- Свети Николе
Факултет за Психологија
Насока: Клиничка и Советодавна Психологија
(3+2)

Магистерски Труд

Тема: Психолошка благосостојба и депресивност, анксиозност и стрес кај членовите на семејството на болен од деменција

Ментор:
Проф. Д-р Анита Ристевска

Студент:
Анита Стојмирска
Бр. Индекс М183010

Св. Николе 2021

Посветено на мојата баба Благородна Велкова која за жал сега веќе не е меѓу нас, на која и беше дијагностицирана васкуларна деменција која брзо напредуваше и неколку години живееше со неа, како и на моите родители Славица и Влатко Кипријанови кои секојдневно безрезервно се вложуваа давајќи го максимумот од себе за да и ја олеснат состојбата и да и го подобрат секојдневието.

Вие сте мојата мотивација и испирација. Овој магистерски труд е резултат на вашата неизмерна поддршка и љубов, како и на вашето постојано охрабрување. Овој успех е благодарение на вас.

Вашата Ане

Благодарност

Сакам да изразам голема благодарност до моите ментори Проф. д-р Сашо Кочанковски и Проф. д-р Анита Ристевска пред сѐ, за поддршката, довербата, советите и стручната помош при изработката и подготовката на овој магистерски труд. Би сакала да изразам голема благодарност и до Психијатрите од Центарот за Ментално Здравје при ЈЗУ Општа Болница со ПД−Кочани д-р Дарко Иванов и д-р Дончо Горѓиев како и Психологот Ивана Поп Горгиева Спасова за сугестиите, корисните совети и стручната помош при изработката на овој магистерски труд.

ИЗЈАВА ЗА ОРГИНАЛНОСТ НА ТРУДОТ

Јас, Анита Стојмирска, студент на втор циклус студии на Факултетот за Психологија при Меѓународен Славјански Универзитет "Гаврило Романович Державин" - Свети Николе, насока: Клиничка и Советодавна Психологија 3+2 изјавувам дека при изработката на магистерскиот труд со наслов Психолошка благосостојба и депресивност, анксиозност и стрес кај членовите на семејството на болен од деменција ги почитував позитивните законски прописи на Република Северна Македонија од областа на заштитата на интелектуалната сопственост и не користев реченици или делови од трудови на други автори без да ги почитувам методолошките стандарди и соодветниот стил на цитирање. Изјавата ја давам под целосна материјална, морална и кривична одговорност.

Кандидат:

Анита Стојмирска

_____

Свети Николе, 2021

Содржина

Краток извадок _____ 7
Клучни зборови _____7
Abstract_____ 8
Key words_____ 8
Вовед _____ 9
1.1.Теоретски пристап _____10
Што претставува деменцијата_____ 10
Кој добива деменција _____ 12
Кои се знаци за деменција_____ 12
Дали се работи за деменција_____ 14
Што предизвикува деменција и кои се најчести форми на деменција ____ 15
Како да се помогне _____18
Фармакотерапија_____18
Психосоцијална терапија_____ 19
Психотерапија и деменција_____ 20
Социотерапија и деменција_____ 27
1.2. Живот со дементна особа _____ 35
Стрес_____ 37
Анксиозност_____ 39
Депресија_____ 42
Психолошка благосостојба_____ 43
1.3. Претходни научни истражувања _____ 45
2. Приказ на случај _____ 51
3. Емпириско истражување _____52
Формулација на емпириско истражување_____52
3.1.Методологија на емпириско истражување _____ 52
3.1.1 Научна и опжествена оправданост на емпириско истражување __ 53

3.1.2 Предмет на емпириско истражување _____ 53
3.1.3 Цели на емпириско истражување _____ 54
3.2. Хипотези и варијабли на емпириско истражување _____54
3.3.МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ кои ќе се користат во истражувањето_____ 56
3.4. Популација и примерок _____57
3.5 Прибирање и обработка на податоците_____ 58
3.6 Резултати од емпириско истражување_____ 59
Емпириска рамка на истражување_____ 60
Анализа на резултати од анкетен прашалник_____ 60
Начин на пресметка во квантитативна анализа_____ 70
Квантитативна анализа_____70
Обработка на резултати добиени од психолошките тестови_____79
X2 Тест _____82
Докажување/одбивање на хипотези_____84
Заклучок од емпириско истражување_____93
Порака_____ 94
Користена литература _____95

Краток извадок

Деменцијата е синдром предизвикан од некое органско заболување на мозокот, обично од хронична и прогресивна природа, кој се манифестира со повеќекратно оштетување на високите кортикални функции, вклучувајќи го помнењето, мислењето, ориентацијата, сфаќањето, сметањето, способноста за учење, јазикот и расудувањето. Когнитивните оштетувања обично се проследени со детериорација на емоционалната контрола и социјалните односи или мотивации. Првобитното значење на изразот деменција ги опфаќало сите видови душевни нарушувања (de: надвор од, mentia: ум, памет). Со други зборови деменцијата е губење на постојаните и здобиените интелектуални способности. Интелектуалната функција е сложена психичка состојба, базирана на мозаик од меѓузависни и сè уште необјаснети способности (способност за запомнување и учење на нов материјал, решавање на проблеми, апстрактно мислење, вербални способности,аритметички способности, расудување). Промена во било кој сегмент може да е почеток на деменција. Проценатa на овие психички функции воопшто не е лесна, затоа што на секоја психичка функција дејствуваат разни влијанија кои не се од органска природа, како што секултурните влијанија на средината, образованието, емоциите, волевите активности. Деменцијата се јавува како последица на разновидни мозочни оштетувања кои доведуваат до општо пропаѓање на когнитивните способности, вклучувајќи оштетување на меморијата, без оштетување на свеста. Освен нарушено памтење може да се јави и нарушување на говорот (афазија), намалување на моторната способност (апраксија), како и способноста за распознавање (агнозија). Ваквото онеспособување на социјален и професионален план во голема мера влијае врз расположението на болниот што од своја страна предизвикува промени во однесувањето (конфузност, агитираност) кое истовремено влијае и врз неговото семејство, поради што е неопходна брза дијагноза на болеста и прогноза на истата со цел да се преземе соодветен медицински и социјален третман.
Клучни зборови: Деменција, Алцхајмерова деменција, Васкуларна деменција
стрес, анксиозност, депресија, психолошка благосостојба, семејство.

Abstract

Dementia is a syndrome caused by an organic brain disease, usually of a chronic and progressive nature, manifested by multiple impairments of high cortical functions, including memory, thinking, orientation, comprehension, comprehension, learning ability, language, and reasoning. Cognitive impairment is usually accompanied by deterrence of emotional control and social relationships or motivations.The original meaning of the term dementia encompassed all types of mental disorders (de: out of, mentia: mind). In other words, dementia is the loss of permanent and acquired intellectual abilities. Intellectual function is a complex mental state, based on a mosaic of interdependent and as yet unexplained abilities (ability to memorize and learn new material, problem solving, abstract thinking, verbal skills, arithmetic skills, reasoning).A change in any segment can be the beginning of dementia. The assessment of these psychic functions is not easy at all, because each psychic function is affected by various influences that are not of an organic nature, such as the cultural influences of the environment, education, emotions, volitional activities. Dementia occurs as a result of a variety of brain impairments that lead to a general decline in cognitive abilities, including memory impairment, without impairment of consciousness.In addition to impaired memory, speech disorders (aphasia), decreased motor ability (apraxia), and cognition (agnosia) may occur. This disability on a social and professional level greatly affects the mood of the patient which in turn causes changes in behavior (confusion, agitation) which also affects his family, which is why it is necessary to quickly diagnose the disease and prognosis in order to to undertake appropriate medical and social treatment.

Keywords: Dementia, Alzheimer's dementia, Vascular dementia stress, anxiety, depression, psychological well-being, family.

Вовед

Деменцијата претставува збир од симптоми на постепено, но прогресивно опаѓање на капацитетите на мозокот. За ваквото опаѓање на мозочните функции постои органска основа т.е. постепено изумирање на нервните клетки и атрофија на мозокот.

Деменцијата најмногу се манифестира преку потешкотии со когнитивните функции и промени во однесувањето. Во понатамошните фази од болеста се јавуваат и промени во емоциите, говорот, расположението, мотивацијата, временска и просторна дезориентираност, неможност за самостојно донесување одлуки, потешкотии во извршните моторни функции, промени во социјалниот домен сè до потешкотии со контролирано извршување на биолошките функции. Симптомите обично се развиваат полека, но со текот на времето состојбата се влошува до тој степен што настануваат проблеми во секојдневното функционирање на лицето, неможност самото да се грижи за себе.

Статистички е покажано дека на возраст над 65 години ризикот од заболување од Паркинсонова и Алцхајмерова деменција се зголемува. Моментално има приближно 20 000 заболени лица од деменција во Македонија, а во наредните 10 години се очекува таа бројка двојно да се зголеми. На овие лица мора да им помогнеме да остарат здраво и квалитетно а без притоа да го комплицираме нашиот живот. Магистерскиот труд се заснова на теоретско и практично истражување на психолошка благосостојба и депресивност, анксиозност и стрес кај членовите на семејството на болен од деменција. Добиените резултати соодветно се обработени и извлечени се одредени заклучоци.

1.0.Теоретски дел

Што претставува деменцијата

[1]Деменцијата е синдром предизвикан од некое органско заболување на мозокот, обично од хронична и прогресивна природа, кој се манифестира со повеќекратно оштетување на високите кортикални функции, вклучувајќи го помнењето, мислењето, ориентацијата, сфаќањето, сметањето, способноста за учење, јазикот и расудувањето. Когнитивните оштетувања обично се проследени со детериорација на емоционалната контрола и социјалните односи или мотивации.

Деменцијата уште се дефинира како постојано и стекнато, помалку или повеќе глобално оштетување на интелектуалните, емоционалните или когнитивните функции, кое се случило поради биохемиските или дифузните структурни заболувања на мозокот, кое се манифестира во будна состојба и го попречува нормалното однесување на личноста. Првобитното значење на изразот деменција ги опфаќало сите видови душевни нарушувања (de: надвор од, mentia: ум, памет). Со други зборови деменцијата е губење на постојаните и здобиените интелектуални способности. Таа поретко се јавува кај младите, а почесто кај старите и возрасните лица.

Интелектуалната функција е сложена психичка состојба, базирана на мозаик од меѓузависни и сè уште необјаснети способности (способност за запомнување и учење на нов материјал, решавање на проблеми, апстрактно мислење, вербални способности, аритметички способности, расудување). Промена во било кој сегмент може да е почеток на деменција. Проценатa на овие психички функции воопшто не е лесна, затоа што на секоја психичка функција дејствуваат разни влијанија кои не се од органска природа, како што се културните влијанија на средината, образованието, емоциите, волевите активности. Деменцијата се јавува како последица на разновидни мозочни оштетувања кои доведуваат до општо пропаѓање на когнитивните способности, вклучувајќи оштетување на меморијата, без оштетување на свеста.

[1] . Учебник по психијатрија за студенти по медицина Штип 2013 Проф. д-р Кнегиња Рихтер Соколовска, Проф. д-р Гордана Панова, Проф. д-р д-р Гунтер Никлевска ,Проф. д-р Диана Белевска , Асс. м-р Д-р Стојан Бајрактаров

Освен нарушено памтење може да се јави и нарушување на говорот (афазија), намалување на моторната способност (апраксија), како и способноста за распознавање (агнозија). Ваквото онеспособување на социјален и професионален план во голема мера влијае врз расположението на болниот што од своја страна предизвикува промени во однесувањето (конфузност, агитираност) кое истовремено влијае и врз неговото семејство, поради што е неопходна брза дијагноза на болеста и прогноза на истата со цел да се преземе соодветен медицински и социјален третман. Заболувањето може да биде прогресивно или статично, реверзибилно или иреверзибилно. Кај 15% од случаите има реверзибилен тек, особено ако третманот е започнат пред да започне иреверзибилното оштетување.

Пред да се постави дијагнозата потребно е да се направи разлика меѓу деменцијата и благите когнитивни промени кај постарите лица (слабо помнење, бавно примање на информации) што се смета за физиолошка појава адекватна со возраста. Често се случува депресијата да се изедначи со деменцијата бидејќи се јавува апатија, намалена когницица, анксиозност, несоница и психосоматски симптоми. Исто такка, предвид треба да се земе и делириумот кој обично настанува одеднаш и симптомите можат да траат привремено, за разлика од деменцијата кога почетокот на симптомите е прикриен, а текот на болеста променлив. Деменцијата влијае на размислувањето, однесувањето испособноста да се извршуваат секојдневните работи. Функцијата на мозокот е доволно засегната за да влијае врз нормалниот општествен или работен живот на лицето. Обележје на деменцијата е неспособноста да се вршат секојдневните активности како последица на намалените спознајни способности.

Лекарите утврдуваат постоење на деменција ако се значително оштетени две или повеќе спознајни функции. Во спознајни функции спаѓаат помнењето, способноста за говор, разбирањето на информациите, способноста за снаоѓање во просторот, расудувањето . На луѓето со деменција може да им биде тешко да решаваат проблеми и да си ги контролираат чувствата. Тие исто така може да претрпат и промени во својата личност.

Точните знаци што ги има некое лице со деменција зависат од деловите на мозокот што се оштетени од болеста што ја предизвикала деменцијата.
Кај многу видови на деменција, некои од нервните клетки во мозокот престануваат да функционираат, ги губат врските со другите клетки и изумираат. Деменцијата обично се засилува со текот на времето. Тоа значи дека постепено се шири низ мозокот и знаците што ги има лицето со текот на времето стануваат полоши.

Кој добива деменција?

Деменцијата може да се појави кај секого, ама опасноста се зголемува со возраста. Повеќето луѓе со деменција се постари, ама важно е да запомниме дека повеќето постари луѓе не добиваат деменција. Таа не е нормален составен дел од стареењето, туку е причинето од болестите на мозокот. Во ретки случаи деменција се јавува кај луѓе под 65-годишна возраст и тогаш се нарекува „деменција што почнала на помлади години“.Има неколку многу ретки форми на наследна деменција, прикоја се знае дека деменцијата е причинета од специфична промена на гените. Меѓутоа, во повеќето случаи на деменција не станува збор за такви гени. Изгледа дека некои чинители што се поврзани со здравјето и со начинот на живот исто така играат улога во опасноста некое лице да заболи од деменција.
Луѓето кај кои постојат болести поврзани со крвните садови, а што не се лекуваат,вклучувајќи ги лицата со висок крвен притисок, се изложени на поголема опасност, како и оние што се помалку телесно и умствено активни.

Кои се знаци на деменција?

Раните знаци на деменција може да бидат многу незабележливи, нејасни и може да не бидат веднаш очигледни. Во некои одчестите знаци може да спаѓаат:

- Често губење на сеќавањето што постепено сè повеќе се влошува
- Збунетост и загубеност
- Промена на личноста
- Незаинтересираност за околината и повлекување во себе
- Губење на способноста за извршување на секојдневните работи[i]

[2]Овие се некои од вообичаените симптоми кои повеќето луѓе ги игнорираат:

- Суптилни краткорочни промени на меморијата

Проблеми во меморијата може да биде лесен симптом за препознавање на деменција. Често се работи за суптилни проблеми со краткотрајна меморија, како што е заборавање каде оставиле нешто, мачење да се сетат зошто влегле во таа соба. Лицето што страда од деменција може да се сети на нешта што се случиле во минатото пред неколку години, но не може да се сети што појадувале утрото.

- Промената во расположението

Ова може да биде тешко за пациентот да го препознае кај себе, но може да се открие од луѓето околу нив. Лицата може да доживеат промена на личноста, состојба што може да влијае на расудувањето. Типичен пример на лична промена кај лицата заболени од деменција е состојба на срамежливост до состојба на екстровертност.

- Тешкотија да ги најдат вистинските зборови

Личноста со деменција може да има тешкотии да најде соодветни зборови за изразување. Водењето разговор со нив може да биде тешко и може да трае долго, пред да сфатите што зборуваат.

- Тешкотии во извршување на нормалните обврски

Поголеми тешкотии во извршувањето на секојдневните задачи, може да биде индикатор дека некој има рана фаза на деменција. Ова вообичаено започнува со тешкотии за извршување на покомплексни задачи како балансирање на чековна книшка или играње на игри кои имаат многу правила. Освен борбата да ги извршат познатите дневни задачи, нив им е тешко да научат нови нешта или да следат нови рутини.

- Апатија и исцрпеност се јавуваат како симптоми во раната деменција

Лицето со овие симптоми може да изгуби интерес за хоби и активности што може да значат, емоционално губење на интерес за поминување време со пријателите и семејството.

2.Современи тераписки принципи во невролошките болести- Петров.И, Таравари.А, Никодиевич. Д, Петрова.В,Скопје2004;

- Тешкотии во следење на приказни

Пронаоѓање и користење на вистинските зборови станува тешко, па така луѓето заболени од деменција имаат тешкотии да следат приказни. Борбата да следат разговори на ТВ програмите е ран симптом за откривање на состојбата.

- Губење на чувство за насока

Чувството за насока и ориентација во просторот обично се симптоми што ја влошуваат здравствената состојба на лицата со деменција. Ова значи дека се случува да не препознаваат семејни знаменитости и заборавање кои насоки редовно ги користат, а може да стане уште потешко да следат серија на насоки и инструкции чекор по чекор.

- Се повторуваат

Губење на меморијата и општата промена во однесувањето што доаѓа со деменцијата, може да доведе до страдање од повторување на дневните задачи, или повторување на истите прашања во разговорите, откако биле одговорени од другото лице. Тоа исто така може да се види и од опсесивното собирање на предмети.

- Борење да се прилагодат на промени

Тешкотиите во адаптација на промените е типичен симптом на рана деменција, како што не се способни да запаметат луѓе кои веќе ги знаат или да следат што другите велат може да предизвика кај нив страв од промена. Поради ова тие имаат потреба од рутина и се плашат да доживеат нови искуства.

<u>Дали се работи за деменција?</u>

Има поголем број здравствени состојби што даваат знаци слични на деменцијата. Тие состојби честопати може да се лекуваат. Во нив спаѓаат состојбите на недостиг на некои витамини и хормони,потиштеноста (депресијата), дејствата од некои лекови, инфекциии тумори на мозокот.

Од основна важност е ова заболување да се утврди медицински во раната фаза кога првпат ќе се појават знаците за да се осигури дека на лицето што има некоја здравствена состојба што може да се лекува ќе му биде утврдена таквата состојба и дека исправно ќе се лекува.

Ако знаците се предизвикани од деменција,раното утврдување на заболувањето ќе значи и ран пристап до поддршка, информации и лекови, ако има такви.

Што предизвикува деменција, и кои се најчести форми на деменцијата?

Постојат многу различни болести што предизвикуваат деменција. Во повеќето случаи не е познато зошто ова заболување се јавува кај луѓето. Некои од најчестите форми на деменција се:

- Алцхајмерова деменција

Алцхајмеровата болест (Alzheimer's disease) е најчестата форма на деменција и се јавува во околу две третини од случаите. Таа предизвикува постепено опаѓање на спознајните способности, а често почнува со губење на помнењето.

Алцхајмеровата болест се одликува со две ненормални појави во мозокот – амилоидни наслаги и невро фибриларни сплетови. Наслагите се ненормални купчиња од еден протеинштo се вика бета амилоид. Сплетовите се врзопи од извиткани влакна составени од еден протеин што се вика тау. Наслагите и сплетовите ја прекинуваат врската меѓу нервните клетки и доведуваат до нивно изумирање.

- Васкуларна деменција

Деменцијата на крвните садови (васкуларна деменција) е нарушување на спознајните способности причинето од оштетување на крвните садови во мозокот. Може да биде причинета од еден единствен мозочен удар или од неколку мозочни удари што се случиле во текот на одреден временски период.

Постоењето на деменција на крвните садови медицински се утврдува кога постои доказ за заболување на крвните садови во мозокот и кога спознајните способности се нарушени толкушто влијаат врз секојдневниот живот. Знаците на деменција на крвните садови може да се појават одеднаш по претрпен мозочен удар, или може да почнат да се појавуваат постепено како што се влошува заболувањето на крвните садови. Знаците може да бидат различни во зависност од местоположбата и големината на оштетувањето на мозокот.

Деменцијата на крвните садови може да личина Алцхајмеровата болест, а прилично често се јавува и мешавина од Алцхајмерова болест и деменција на крвните садови.

❖ Деменција со Левиеви тела

Заболувањето со Левиеви телца (Lewy body disease) се одликува со присуство на Левиеви телца во мозокот. Левиевите телцата се ненормални грутки од протеинот наречен алфа-синуклеин што се развиваат во внатрешноста на нервните клетки. Таквите ненормални појави се случуваат во специфични делови од мозокот и доведуваат до промени во движењето, размислувањето и однесувањето. Кај луѓето што имаат заболување со Левиеви телца може да се забележат големи и најизменични промени во способноста за размислување. Тие може во еден момент да се однесуваат и да функционираат речиси сосем нормално,а потоа за многу кратко време да станат сосем збунети и загубени.На луѓето со ова заболување исто така може честопати да им се привидуваат работи.

❖ Деменција кај Паркинсонова болест

Паркинсоновата болест е болест на базалните ганглии која е асоцирана со тремор на екстремитетите, ригидност, брадикинезија и посурална нестабилност. Исто така е асоцирана и со појава на деменција и депресија. 20-30% од болните имаат деменција, а 30-40% имаат оштетување на когнитивните функции и тоа кај оние во напреднатата фаза и напредната возраст.Кога првите знаци што се појавиле го засегаат движењето, најчесто се утврдува дека се работи за Паркинсонова болест.Како што се развива Паркинсоновата болест, кај повеќето луѓе ќе се јави деменција.

❖ Деменција кај Хантингтоновата болест

Хантингтоновата болест е наследна, прогресивна дегенеративна болест на когницијата, чувствата и движењата како резултат на дегенеративните промени во мозокот, особено во корпус стријатум и глобус палидус.

Се јавува во средна животна возраст, подеднакво и кај машкиот и кај женскиот пол со долгогодишна, бавна еволуција.Опишани се јувенилни форми (на 4 годишна возраст) и тип со доцен почеток (над 85 годишна возраст).Генот се наоѓа на краткиот крак на 4 хромозом и се пренесува на автосомно –доминантен начин.

Оваа болест е асоцирана со развој на деменција и тоа од субкортикален тип која се карактеризра со моторни абнормалности и помалку говорни тешкотии, отколку кортикалната деменција.Болеста започнува со постепени промени во однесувањето и карактерот, како анксиозност, депресивност, хостилност и раздразливост.Исто се карактеризира и со психомоторна забавеност и тешкотии во решавањето на сложени задачи, но меморијата, зборувањето стануваат релативно интактни во раните и средните стадиуми на болеста.Се разликува од Алцхајмеровата болест по високата инциденца на психози и депресија во состав на хореоатетозните растројства во движењето (хиперкинезии кои опфаќаат различни мускулни групи на главата, јазикот и лицето).

❖ ХИВ Деменција комплекс

Се јавува како резултат на дифузно мултифокално уништување на белата маса и субкортикалните структури на мозокот. Кај 14% од заболение со ХИВ развиваат деменција, а 75% од болните на кои е направена обдукција имаат зафатеност на ЦНС. Се карактеризира со растројство на когнитивните функции и однесувањето, најразлични невролошки надразливи и испадни феномени и повремени конфузно делирантни состојби, особено во терминалната фаза на болеста.

❖ Болест на Кројцфелд Јакоб (Creutzfeldt Jakob)

Болеста претставува многу ретка форма на деменција. Може да биде инфективна, спорадична или јатрогена, може да биде генетска, но се јавува и во нови варијанти. Се смета дека за пренесување на болеста се одговорни прионите, кои претставуваат дефектни ендогени протеини.

Спорадичната е најзастапена. Болеста се карактеризира со долга претклиничка фаза, но штом ќе се активираат клиничките манифестации натамошното напредување е многу брзо. Настанува ненадејно когнитивно пропаѓање.Освен деменција може да се појави и агнозија, апраксија, афазија, миоклонија, слабост и проблеми со видот. Можат да се јават и екстрапирамидни знаци. Дијагнозата не е прецизна додека не се направи биопсија на мозокот, иако ЕЕГ абнормалностите (карактеристични трофазни бранови) и наодот на ликворот (присуство на 14-3-3 протеин) можат да помогнат во зголемување на сигурноста на дијагнозата.

Како може да се помогне?

Засега нема лек за повеќето облици на деменција. Меѓутоа, установено е дека некои лекови може да намалат некои одзнаците на болеста. Поддршката е од основна важност залуѓето со деменција, а помошта од семејствата, пријателите инегувателите може да придонесе полесно справување со оваасостојба.

Да се научи како да се живее со дементна особа, психотерапија, социотерапија музикотерапија, уметничка окупација, вежби, прошетки во природа.Главен акцент ќе се стави на безбедноста на лицата со деменција, како и на пронаоѓање на соодветна терапија која ќе им овозможи на лицата со деменеција мирна и достоинствена старост.

Фармакотерапија[3]

Навременото откривање на болеста значи и поголема шанса за промена на нејзниот тек. Фармакотерапијата треба да се планира исклучително како дел од севкупниот план на лекување, насочена кон третирање на коморбидните медицински и психијатриски состојби, контрола на однесувањето, социјалните интервенции, подршка и едукација од страна на давателот на здравствената заштита.

Инхибиторите на холинестеразата придонесуваат за умерено подобрување на когнитивните функции. Целта е да се постигне подобрување на меморијата и забавување на когнитивното опаѓање, подобрување на однесувањето и одложување на потребата од институцијализација на пациентот. Четири холинестеразни –инхибитори: такрин (когнекс), донепезил (арицепт), ривастигмин (екселон) и галантамин (разадин). Се применува како терапија кај слаба до умерена форма на Алцхајмерова деменција. Досегашните податоци укажуваат на инхибиторното дејство на холинестераза инхибиторите врз напредокот на болеста.Мемантин хидрохлорид (наменда) претставува антагонист на Н -метил Д - аспартат (НМДА) рецепторите и се применува како терапија кај умерена и тешка форма на Алцхајмерова деменција. Може да се применува истовремено со инхибиторите на холинестеразата.

[3]Деменции Асс. д-р Елена Симеоновска Јовева

Растението гинко билоба се користи како природна терапија во лекувањето на Алцхајмеровата деменција и васкуларната деменција. Двојно слепата, рандомизирана студија кај 309 пациенти покажала дека терапијата има умерени, но не и незначителни ефикасни потенцијали.

Превентивната заштита вклучува примена на витаминот Е за кој е докажано дека е неефикасен, а исто и примената на естрогени и нестероидни анти инфламаторни лекови. Според некои студии стимулативните когнитивни активности како: читање, играње карти, посетување музеи, свирање на инструмент и танцување го намалува ризикот од појава на Алцхајмерова болест или деменција. Психосоцијалните интервенции можат да го намалат ризикот од морбидитет и да ја одложат хоспитализацијата на пациентот.

Здравствената нега за овие пациенти ги вклучува и дневните центри за нега на стари лица, центри за привремен одмор, медицински услуги за домашна нега, но и програми за нега во соодветни болнички установи.

Психосоцијална терапија

Влошувањето на менталните способности имаат големо психолошко значење за пациентите со деменција. Чувството за текот на болеста, сепак, зависи од состојбата на меморијата. Поновата меморија е порано изгубена отколку далечната во многу случаи со деменција. Многу пациенти се потресени при сеќавањето како тие претходно функционирале, додека ги набљудуваат нивните очигледн икогнитивни нарушувања. Идентитетот на пациентот почнува да бледнее со процесот на заболувањето и тие сè помалку се сеќаваат на нивното минато. Емоционалната реакција се движи од депресија до тешка анксиозност и претставува катастрофален терор кој може да произлегува од реализацијата на постепеното губење на сопственото јас.

Пациентот често има бенефит од супортивна и едукациона психотерапија во која природата и причините за нивната болест јасно се објаснуваат. Исто така, терапијата помага пациентите да го прифатат степенот на нивната онеспособеност и да ја задржат сопствената самопочит.

Областите на интактно функционирање кај пациентите со деменција треба да се максимизираат и да им се помогне да ги употребуваат оние активности со кои успешно би функционирале. Психодинамичката проценка на дефекти во егото и когнитивните ограничувања може да биде корисна. Клиничарите се тие кои треба да најдат начин како да ги подобрат и решат тие дефекти на егото кај пациентите со водење на календар за ориентација и забелешки за проблемите со меморијата. Се преземаат психодинамички интервенции со семејството на болниот и лицата кои се грижат за нив. Тие постојано се среќаваат со нивните чувства на вина, тага, бес и исцрпеност. Како резултат на тоа се јавува проблем меѓу старателите во нивното саможртвување во грижата за пациентите. Тука клиничарите можат да им помогнат со цел да се сфати комплексната микстура од чувства поврзани со опаѓањето на некој близок и да најдат разбирање како да се изразат тие чувства. Клиничарите треба да бидат свесни за старателската тенденција да се обвинуваат себеси или другите за болеста на пациентите и мора да ја ценат улогата што пациентите со деменција ја играат во животот на членовите од семејството.

Психотерапија и деменција[4]

Третманот на лицата заболени од деменција треба да вклучи покрај психофармакотерапија и психотерапија (индивидуална и групна), семејна терапија, социотерапија, работно-окупацоиона терапија, едукативни програми и работа со семејствата, соцел да се подобри социјализацијата и рехабилитацијата на пациентите. Истражувањата (Albinson иStrang, 2002.; Zarit иKnight, 2002.; Spalding иKhalsa, 2010)покажале дека нефармаколошките пристапи кон третманот на деменција можат значително да придонесат за квалитетот на животот на лицата заболени од деменција и на нивните семејства. Таквиот пристап вклучува психотерапија, индивидуално советување, групна поддршка и вклучување во т.н. когнитивно-афективни активности (Zarit иKnight, 2002).

[4] **Извадок од Доц. д-р Маја Лаклија**

Во согласност со тоа, психолошките интервенции ги вклучуваат следните категории на дејство на професионалците: поттикнување на активностите и стимулација на сетилата, модификација на однесувањето и рехабилитација на функциите на улогите; испрашување за емоциите и когнитивните процеси (Spalding иKhalsa, 2010). Од друга страна, добронамерните обиди да се контролираат и намалат симптомите со примена на медикаменти, можат да ја намалат можноста како на докторот/терапевт така и на заболеното лице да се разбере значењето на разните психолошки, емоционални, физички, па и духовни сигнали/знаци кои го вклучуваат искуството од деменцијата.

Многубројните автори (Bryden, 2002; De Bruin и сор2010; Jerrott иGigliotti, 2011) укажуваат на значењето на физичката и социјалната околина на лицата заболени од деменција и нивното влијание како на однесувањето, афективните одговори на заболената личност, така и на осмислувањето и примената на различни интервенции во пристапот кон заболените лица. Односно, познато е дека заболувањето од деменција како последица има чувство на губење на силата и дека ја одделува болната личност од социјалната средина. Во тој контекст, од посебно значење е важноста на создадениот однос меѓу давателите на услуги (психијатри, психотерапевти, психолози, работни терапевти, социјални работници и слично) и корисникот-пациентот. Водејќи се од принципите на еколошката теорија, *Lawtonи Nahemow*(1973) истакнуваат дека лицата заболени од деменција и пристапот кој се применува во работата со нив, треба да се разгледуваат низ односот помеѓу индивидуалните обележја и компетенцијата на лицето од една страна, и барањето на околината од друга страна. Лицето кое не може да постигне подударност меѓу овие две нивоа, ќе манифестира неадекватно однесување и силни емоции, што може да доведе до загрозување на благосостојбата на таа личност. Невролошките оштетувања и когнитивните потешкотии кои се јавуваат како последица од настанатите оштетувања, во состојбите кога заболената личност не е во можност да одговори и/или задоволи на барањата на околината, активира реактивни механизми на одбрана, како што се на пример анксиозност, депресија или потиснување на таа психоза (Bryden, 2002).

Бидејќи лицата заболени од деменција се со ограничени можности (емоционални, јазички, ориентациони итн.), за да го намалат тоа чувство на притисок и/или барање на околината, задача на стручните лица (психијатри, психотерапевти, психолози, социјални работници и слично) е да работат на прилагодување на околината и унапредување на компетенцијата на заболеното лице. Соодветно на тоа, кодифицираните промени на околината додадени на јасно структурираните дневни рутини, можат да го намалат чувството на дезориентираност и стресот кај заболените лица.

Spalding иKhalsa (2010.)истакнуваат дека во работата со лицата заболени од деменција треба да се применува хуманистичка и транс-персонална перспектива во специфичниот модалитет на егзистенцијалните и процесно-ориентираните пристапи на психотерапијата. Поимот хуманистички во контекстот на работата на подрачјето на деменциите се однесува на уверувањето дека секое субјективно доживување и искуство на давање на значење, за лицето има важност и како такво треба да биде земено предвид при етичките и ефикасниот третман на лицето заболено од деменција и заштита на неговото достоинство. Поимот трансперсоналност според Spalding иKhalsa (2010) се однесува на т.н. вреднување на психолошките категории кои ги надминуваат значењата на вообичаеното его-функционирање („transegoic“ состојба на свесноста) или „консензус на реалноста“. Односно, настојува да го опфати личното и трансцендентното, или спиритуалното подрачјето на човечкото искуство. Ваквата хуманистичка и трансперсонална перспектива им овозможува емпатичен пристап на професионалците, но и на неформалните негователи на заболената личност, ја поттикнува љубопитноста за прашување за перспективата на заболената личности антидискриминациското гледање на состојбата на заболената личност (Spalding иKhalsa(2010). Адекватно на тоа, изборот на дијагностичката, но и на терапевтската лупа, во голем дел одредува дали на заболеното лице ќе се гледа како на личност која е во состојба на регресија или опторавување, дисоцијација или повторно среќавање со самиот себе, декомпензирање или интегрирање.

Бидејќи и когнитивниот и бихејвиоралниот дел во терапискиот контекст треба да бидат земени предвид при планирањетро на третманот, препознаена е важноста на когнитивно-бихејвиоралната терапија(Bryden, 2002). Односно, поради претпоставените губитоци, заболеното лице може да гледа негативно на својата сегашност и иднина.

Понатаму, поради неможност да продолжи да функционира како дотогаш, доживува сè поголем број негативни искуства што може да доведе до повлекување и депресија. Во раните фази на болеста, когнитивниот аспект на терапијата се насочува на начин на кој заболеното лице ја доживува состојбата на својата болест. Доколку постојат негативни мисли, што доведува до нив и кога се јавуваат тие? Во тој поглед, целта на когнитивната терапија е редефинирање на состојбата на болеста деменција во лично искуство на прилагодување. Бихејвиоралниот аспект на терапијата за цел има да ја зголеми зачестеноста на пријатните доживувања, што е особено важно во подоцнежните фази на болеста, кога доаѓа до значителни губитоци на когнитивните способности.

Bryden (2002)ја препознава и супортивната (поддржувачката)и психодинамски оприентираната (аналитичката) психотерапија како адекватна интервенција во подрачјето на деменцијата, доколку сèуште делумно се сочувани когнитивните (на пример апстрактното мислење), и комуникациските компетенции на лицето, и доколку тоа има релативно здрав пре-морбиден психолошки статус. Зборувајќи за психотерапијата во подрачјето на деменцијата Cheston(1998, споредBryden, 2002), истакнал дека „целта е да се дејствува психотераписки, а не да се спроведува психотерапија“, што бара прилагодување на техниката, но и поактивна, понеформална, пофлексибилна и покреативна улога на терапевтот. Во таква состојба, долгорочната супортивна психодинамска психотерапија низ прилагодените тераписки техники може да помогне во развојот на соодветбите стратегии на прилагодување на когнитивното пропаѓање и враќање на чувството на лична благосостојба преку разбирање на влијанието на настаните од минатото врз сегашните реакции.

Според Cheston (1998, споредBryden, 2002), дури и во состојбите кога јазичните и логичките можности се намалени, постојат многубројни канали за обезбедување психолошката прсисутност, емоционалната поддршка и смислената комунуикација меѓу заболеното лице и терапевтот.

Депресијата, анксиозноста и психозите треба да бидат во фокусот на третманот, а самата психотерапија треба да доведе до нивно намалување и овозможување на вентилирање, проветрување на чувствата и фрустрациите поради намалените сопствени способности на личноста (Bryden, 2002).

Психодинамската психотерапија му овозможува на терапевтот во работата со заболените од деменција да користи прилагодени тераписки техники и така да се добие нов само-објект (self-object), па идентитетот да се оформува низ трансферите. Според Jones (1995, споредBryde, 2002), психотерапијата од гледиште на општествениот конструктивизам, може да сегледа како формирање на идентитетот низ разговор и социјална интеракција која го намалува чувството на социјална изолација. Целта на психотерапијата е во терапијата на заболеното лице од деменција да му ја зголеми емоционалната стабилност, да му го развиеи одржи чувството на сопствена вредност и идентитет, низ идентификација на внатрешните фактори кои влијаат на начин на прифаќање на деменцијата. Сето тоа од психотераопевтот (Hausman, 1992,според Bryden, 2002) бара во фокусот да ја има личноста, нејзината/неговата емоционална траума, и низ разговор да ѝовозможи на личноста да:

а) развива однос во кој се чувствува поддржана;

б) да осигура емоционално празнење (вентилирање);

в) да ја зајакнува самодовербата;

г) да ги минимализира психолошките односни (бихејвиорални) потешкотии;

д) да ја унапреди стратегијата на соочување;

ѓ) да го засили функционирањето во улоги кои ги има личноста;

е) да даде чувство на контрола, да овозможи тагување за губењето на улоги, капацитети, компетенции и односи;

ж) да развие и одржува здрави механизми на одбрана и

з) доаѓање до увид и пронаоѓање на значењето.

Специфичностите на психотерапијата во подрачјето на деменцијата се (Bryden, 2002):

а) важност на обезбедување на присутност на терапевтот на долгорочна основа, до смрт, за да не се случи уште еден губиток за пациентот; нужен е континуитет во грижата и во поглед на губитокот на менталните способности, што резултира со губиток на помнењето;

б) одење во домашни посети и подготовка за потенцијално институционално сместување;

в) оставање простор на заболеното лице само да бира каде ќе седи, за да се намали чувството на беспомошност;

г) договарање на почести, но пократки сесии, во период од денот кој најдобро одговара на функционалните способности на заболеното лице, со телефонско потсетување за средбата;

д) да се користат колку што е можно повеќе декларативни реченици, со воздржување од прашања кои се однесуваат на недостатокот поради губитоците;

ѓ) често менување на глаголските времиња, или зборување за умрените лица во сегашно време, треба првенствено да се припише на намалената комуникациска компетенција и потреба на заболениот за емоционална приврзаност, а не психоза;

е) да се дозволат силните емоции и да се бара значењето кое стои зад нив, на халуцинациите и делузиите кои можат да се појават да се одговори со соодветни одговори на нивната емоционална позадина и да не се бара од лицето да остане ориентирано;

ж) да се применува систематски преглед на животот со користење фотографии, слики и останати материјали, а состојбите во коизаболеното лице ја повторува приказната постојано од почеток, и возбудувањето се намалува кога се придава значење на таа приказна, треба да се интерпретира како потреба на лицето да биде слушнато и уважено;

s) да се поттикнува заболеното лице да ги раскажува приказните/настаните од минатото и тоа поради две цели: доаѓање до метафори за личното искуство на деменција и одржување на социјалниот идентитет.

Семејството може за заболеното лице да има и спротивно значење, да биде важен извор на стрес. Понатаму, неприфаќањето на болеста од страна на членовите на семејството може да доведе до полоша, задоцнета грижа, и како таква може да биде предмет на семејна терапија. Некои од целите на семејната терапија можат да бидат обезбедување на позитивно опкружување, уважување на искуството и емоциите на заболеното лице, фацилитирање на активностите како на заболениот, така и на другите членови на семејството, поддржување на способноста и силата на заболениот/семејството и овозможување на сензорните уживања. Во согласност со тоа, потребно е по пат на индивидуални, но и циркуларни семејни интервјуа, да се испитаат околностите на семејниот живот, квалитетот на односите во семејството, како се однесуваат членовите на семејството кон болеста на членот на семејството, кои стратегии ги користат притоа и да се добие увид колку се поклопува песрпективата на заболеното лице со перспективата на членовите на семејтството (Bryden, 2002). Овој дел е особено важен во функција на превенција на негувателскиот стрес и превенцијата од институционализација на заболените лица, особено во раните фази на болеста.

Како техники во психотерапиското работење со заболеното лице можат да се користат генограмот и временската линија која го сместува лицето во социјален контекст (Bryden, 2002). Овие методи добро е да се користат во раните фази на болеста, бидејќи и тие даваат доста биографски информации за подоцнежните средби. Во раната фаза на болеста, по дознавањето на дијагнозата и предвидливиот личен губиток, важно е на заболените да им се обезбеди советување во процесот на тагување како лицето би било во можност да ја прифати реалноста, да се справува со тагата и да се пренасочи на некои други активности, со цел да ги ублажи последиците на болеста. Не директивното или Роџерсовото (*Rogersovo*) советување има важна тераписка улога во периодот после запознавање на заболеното лице со дијагнозата, и во подоцнежниот период кога се јавуваат други стресови поврзани за болеста, бидејќи потекнуваат и овозможуваат изразување на силните емоции (Bryden, 2002).

Социотерапија и деменцијата

Различните рехабилитациони интервенции во подрачјето на работата со лицата заболени од деменција би требало да ги вклучуваат нивните можности, дефицити и социјалното окружување како и забележани дисфункционалности во однесувањето.

Социотерапијата е вид рехабилитациски третман во кој во тераписки цели се користат димензии на групата. Целта на овој третман е да се подобри социјалното функционирање на заболената личност, односно неговата способност за социјално прилагодување (ресоцијализација) (Ружиќ, 2009). Социотерапијата е тераписка метода која на болниот му овозможува фуункционирање на релација поединец -општествена средина/семејство (Gruden, 1997). Во согласност со тоа, социотерапијата како дел од рехабилитацијата има за цел унапредување на способностите и компензирање на губитоците настанати како последица на болеста преку обиди за обновување на постоечките вештини, развивање на нови таленти, а потпирајќи се на позитивните тераписки димензии на групата и поттикнување за создавање нови односи и враќање на довербата во околината и во себе, автономијата, идентитетот и интимноста. Поимот социотерапија историски се врзува најмногу со терапевтите на семејната и групната терапија и т.н. „мрежни терапевти“.

Според мислењата на различни автори (Bryden, 2002; Beard, 2011), групната терапија би требало да биде овозможена за болното лице во сите фази на болеста како надополнување на другите терапии и преовладување на чувствата на социјална отфрленост. Искуството да се биде член на групата може низ позитивно искуство да влијае на развојот на позитивниот начин на размислување. Социотераписките постапки меѓусебно се разликуваат според видот на активностите, целите на кои се насочени, и милјето во кое се спроведува (институционална или вонинституционална грижа). Соодветно на тоа, социотераписките постапки и методи се однесуваат на тераписката заедница, работната и окупационата терапија, учењето на социјални вештини, рекреација, музикотерапија, танц и други активности.

Во раните фази на болеста, активностите на групната терапија можат да имаат форми на различни активности на групата на интернет, и/или во содејство во физички оформените групи, додека во подоцнежните фази на болеста со губење на когнитивните способности, реминисценцијата, уметноста и музиката се поприфатливи активности (Bryden, 2002). Во тој поглед, Beard (2011) наведува дека е важно да се разликува употребата на различните креативни техники со цел да се редуцираат симптомите и модифицирањето на однесувањето од примената на тие техники, со цел да се организира слободното време на заболените личности и обезбедување на нивно задоволство. Во подоцнежните фази на болеста деменција, поправилно е за тие техники да се зборува како за активности, а не клиничка терапија.

Индикациите за групна терапија се ралични и индивидуални. Меѓутоа, нема универзален образец за вклучување на заболените лица во групата, затоа што групната работа не е индицирана за секој болен човек подеднакво (Ружиќ, 2009). Хомогените групи во врска со дијагнозата се поуспешни отколку хетерогените групи, бидејќи членовите на групата имаат заеднички тераписки цели, па можат да се користат специфични техники кои одговараат на нивните заеднички потреби.
Тераписките интервенции во природното опкружување (nature-based interventions) поаѓаат од премисите дека природата (градини, паркови и слично) обезбедува простор за практикување на дневните рутини, го намалува чувството на социјалната изолација и рефлексија за настаните од минатото кои се одвивале на отворен простор. (Chalfon, 2008). Тераписките интервенции кои ги вклучуваат животните (animal-assistes therapy interventions), во работата со заболените од деменција доведуваат до зголемување на чувството на лична придобивка кај заболената личност, позитивно влијае на расположението, сонот, менталното и физичкото функционирање, развојот на приврзаност и фацилитирање на социјалните интеракции (Nimer и Lundahl,2007).Интервенциите базирани на активитет имаат позитивно дејство на чувството на лична придобивка поради личната вклученост, доколку е добро извршена проценката на заболената личност

Според истите автори, активностите се осмислени доколку учеството во нив кај заболените лица создава чувство на:

а) пријатност и задоволство;

б) чувство на поврзаност и припаѓање;

в) чувство на автономија и идентитет.

Улогата на овие активности е исто така стимулација и мобилизација на когнитивните способности на заболената личност. Соодветно на тоа, се зборува за терапија со ориентација кон стимулацијата (stimulation-oriented interventions) која вклучува рекреациски активности (игра, грижа за животни) и активности на уметничка терапија (на пример: музика, танц, драма и слично).

Психосоцијалните интервенции можат да се разликуваат и со оглед на тоа дали е ориентирана на подрачјето на емоциите, однесувањето или когницијата (De Bruinи сор, 2010). Така, во подрачјето на емоциите може да се примени терапија на потврдување, терапија на присеќавање и мулти-сензорна стимулација. Терапијата на потврдување (validation therapy) вклучува различни вербални и невербални методи на комуникација прилагодени на стадиумот на деменција. Терапевтот заедно со заболениот ја истражува перцепцијата и ја потврдува, независно од реалноста, како болната личност би имала чувство дека е разбрана и прифатена. Терапијата со присеќавање (reminiscence therapy) има позитивно влијание врз личноста во подрачјето на интра и интер-персоналното функционирање, бидејќи овозможува т.н. повикување на сеќавањата, нивното структурирање, интегрирање и обработка преку комуникацијата.

Како алтернативни методи при присеќавањето или раскажувањето на приказни каде што комуникациските способностикако последица на болеста се намалени, се користат и различни налепници (стикери), видеозаписи, фотографии (Radley i Taylor, 2003), мултимедијална биографија (Damianakis и сор., 2009). Мулти-сензорната стимулација се базира на позитивна стимулација на заболената личност користејќи светлина, мирис, звукови, вкусови и опипливи материи. Бихејвиорално насочените интервенции се базираат на теоријата на учење низ поткрепување на посакуваните однесувања, од кои најпозната е бихејвиоралната терапија.

Интервенциите насочени кон когницијата за цел имаат ре-активирање на когнитивните функции низ тренингот на помнење, со цел да се одржуваат врските на заболениот со вистинскиот свет, колку што е можно подолго, водејќи сметка интервенциите да не резултираат со негативен ефект на потсетување на когнитивното пропаѓање и да не бидат насочени на слабоста, туку на силата на заболената личност.

Вербалниот начин на комуницирање, односно зборовите, не се доволно прецизни за да се искажат со нив сите нијанси на нашите мисли и чувства. Една од причините е таа што чувствата се во подобра кореспонденција со десната хемисфера на мозокот, која е интуитивна, отколку со левата, која е аналитичка и во која се наоѓа центарот за говор (Pregrad, 1996). Ако тоа се поврзе со деменцијата, како последица има опаѓање на когнитивните и комуникациските компетенции и се препознава важноста на примената на техники или постапки кои го овозможуваат искажувањето и запознавањето на емоциите и состојбите по пат на некои други канали, а не само рационално-вербалните. Тие овозможуваат и дивергентни начини да се процесираат информациите и мислењата (не со логичко резонирање и конвергентно мислење), користејќи различни медиуми погодни за тоа, да се освести лицето и да ги изрази сопствените забележувања, чувства и знаењето, како дел од искуството. Ваквите постапки вклучуваат имагинација, латерално мислење и фантазија, избегнувајќи ги рационалните канали, а на лицето му овозможува да пронајде и испроба нови начини на соочување со стресните и трауматски состојби, засилувајќи ја интроспекцијата и визуелизацијата на поимите и проблемите (Pregrad, 1996). На заболените лица им овозможува да го откријат и да го истражуваат она што се наоѓа во нив „скриено“, да комуницираат и да им ги покажат на останатите околу себе своите мислења, ставови, чувства и стравови.

Ликовната техника во социотерапијата е начин на кој лицето може да ги изрази своите ставови или чувства, своите видувања и доживувања за себе самиот и за лицата од околината, своите можности, внатрешни состојби, потиснатите стравови и несвесните содржини и слично, без пишување и/или изговарање на зборови, туку со помош на цртање, сликање, моделирање и други методи.

Притоа не се вреднува творечкото остварување, туку е важно тоа што го мислело лицето, тоа што го доживеало, почувствувало кога го создавало делото. Цртањето, сликањето и моделирањето се однесувања со две компоненти: свесна (подготвена) и насочена цел на создавање на дело, и со друга, несвесна компонента, која извира од внатрешната состојба, односно доживувањето. *Арт визуелната терапија* и овозможува на личноста дури и во состојби кои се ограничени когнитивно, па и моторно, нешто да искомуницира со другите, и со нив да воспостави контакт (Kinney иRentz, 2005). Некои од целите на ликовните техники се стимулирање на креативните лица, развој на изразувањето, стимулација на развојот на комуникацијата, засилување на самодовербата и спознавање на сопствената вредност како и подобрување на меѓучовечките односи (Beard, 2011).

Употребата на музика и звук во социотераписката работа со лицата заболени од деменција, подразбира воспоставен однос меѓу корисникот и стручното лице, кој се одвива преку медиумот на музиката и кој влијае на заболената личност, така што овозможува невербална комуникација и доживувањена едно друго ниво (Aldridge, 1998). Музиката и звукот му овозможуваат на лицето да реализира некои непознати чувства, настани, но и да ги пренесе на другите, без притоа да употреби зборови. Методата со музика (ритам и тон) има значајна улога во воспоставувањето на контактот на заболената личност со околината, развивање на комуникациските способности, како и помош на личноста во изградба на емоционалните односи, што влијае на унапредување на квалитетот на животот (Beard 2011, Särkämö и сор, 2012). Музиката може да ги ублажи возбудливите состојби и состојбите на апатија кај заболената личност, да го поттикнува одржувањето на вниманието и да ги унапреди поединчените подрачја на когнитивното функционирање, како што се јазикот и чувствата. Бидејќи на единствен начин музиката го вклучува целото тело во активност, се поттикнува и одржувањето и унапредувањето на моторните функции на телото на заболената личност (Beard, 2011).

Танцот и движењата претставуваат најстари и најпримитивни основни изразувања на човечките чувства и ги откриваат универзалните симболи на различните ритуали. Преку терапија со танц и движења се воспоставува контакт со целото тело и со чувствата на лицето. Со помош на танцот и движењата заболената личност може себеси и на другите да им објасни,да се освести и да долови некои свои состојби, размислувања, чувства (Nystrom иLauritzen, 2005). Заболената личност не е врзана за говорот, туку со движењата, гестовите кои на специфичен начин му даваат значење на самото лице и на другите околу него. Токму поради таа можност за комуницирање со самиот себе и со другите, танцот и движењата имаат неверојатна важност за лицата заболени од деменција, затоа што со нив се отвораат потполно нови можности за доживување и разбирање на самиот себе и на другите, патака се создава искуство на смислена реакција (Beard, 2011).

Драмските техники можат да им помогнат на заболените лица да се соочат со некои улоги во кои лицето се снаоѓа како што би сакало, или како што од него се очекува (Pendzik, 2006). Драмските техники ги препознава како важни во делот за воспоставување и создавање на односи, помош во изразувањето на внатрешниот свет на личноста, проверка и вреднување на искуствата и „режирање“ на сопствениот живот. Предноста од примената на оваа метода, освен во фактот што некои настани можат да се повторуваат и вежбаат за реални ситуации, е во тоа што заболената личност со своите улоги може да им даде на другите на знаење како таа ги доживува и гледа ситуациите и да го изрази својот став на прифаќање/неприфаќање, сложување/несложување и слично. Како корисни драмски техники кои можат да имаат тераписки ефект е техниката на „животни приказни“ (*life story*) и раскажување на приказни кои, според Moos иBjorn(2006) го поддржуваат самопочитувањето, квалитетот на живот, го модифицираат однесувањето на заболената личност, ја поттикнуваат интеракцијата меѓу членовите на групата, доведуваат до подобро разбирање на невербалните знаци и комуникации и ја негуваат спонтаноста.

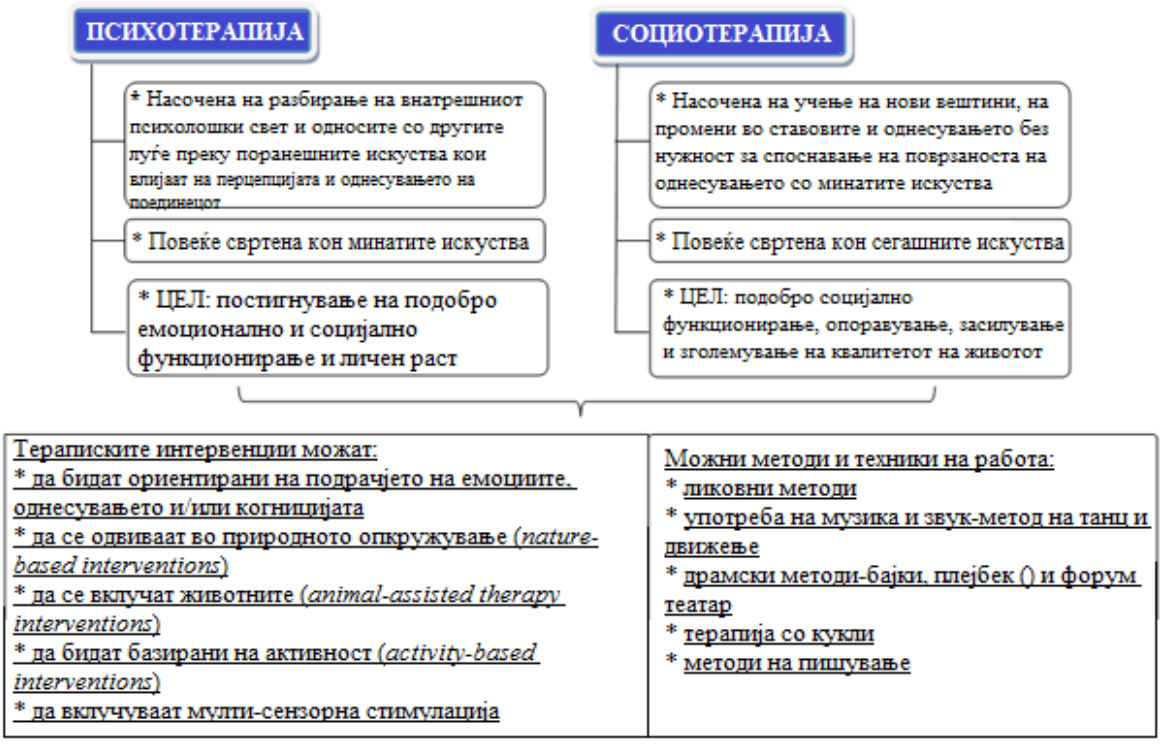
Приказните можат да бидат раскажани на разни начини, директно или индиректно, со помош на животни, фигурички, проективни картички и слично. Токму тие разлики во начинот на раскажување на тие приказни имаат функција на редуцирање на емоициите во оние состојби кои се „емотивно набиени“. Односно, фантазијата е продукт на нашите ментални слики. Бајките и приказните се како креативни, но и како тераписки методи многу важни, затоа што со нивна помош личноста може да создаде имагинарен свет, свет во кој може сé, и во кој ја држи контролата над животот и настаните околу него. Таквата контрола е важна како би можела самата личност да се истражува себеси, своите чувства, да им покаже на останатите како личноста го доживува светот и нив. Во приказните, болните лица остануваат заштитени од надворешниот свет така што креирајќи ги своите приказни си овозможуваат и себеси и на другите поглед на некој настан, состојба, положба кои инаку не се во можност да ги кажат и да ги поправат, да се соочат со нив, па тоа го можат на овој начин.

Терапија со кукла најчесто се применува во подрачјето на менаџментот на проблемите во однесувањето на заболената личност, како што се: агитација, дистрес, социјално повлекување, проблеми во комуникацијата и слично (James, MacKenzie иMukaetova-Landiska, 2006; Verity, 2006). Примената на кукли помага во развојот на терапевтската врска, влијае врз поддржувањето на про-социјалното однесување, обезбедува сензорна стимулација и ја збогатува комуникацијата (James, MacKenzie иMukaetova-Landiska, 2006; Verity, 2006). Меѓутоа, кога и на кој начин терапијата со кукла ќе се примени, треба да биде темелено на јасната проценка на заболената личност и нејзините реакции кон куклата, кои можат да одат од нејзино одбивање, страв, доживувања, да пристапи на еден детинест, дехуманизиран начин и слично (Bisiani i Angus, 2012).

Пишувањето само по себе е форма на изразување, тоа претставува превод на самиот себе во писмо. Методата со пишување како креативна метода е посебна во тоа што со пишувањето, заболената личност го става и го вообличува на хартија она што е дел од неа, некои свои мисли, чувства, стравови, доживувања и слично. Тоа им овозможува на лицата на тој начин да изнесат дел од себе и да го претстават на останатите, а инаку не можат да го направат тоа на друг начин.

Овој метод е многу корисен кога личноста сака да стане свесна за некои свои проблеми или доживувања, за кои не е во состојба да разговара. Така, може да ги изнесе и да ги опише на начин на кој нејзе ѝодговара. Пишувањето е многу корисна метода ако корисникот не сака, или не може да ги изрази на некој друг начин мислите и чувствата.

Сите наведени техники на работа во социотерапијата можат да бидат користени и како техники на работа во психотерапијата со лица заболени од деменција Имено, како што наведува Poredoš Lavor(2008)), психотерапијата е насочена на разбирање на внатершниот психолошки свет и односот со другите луѓе низ поранешните искуства кои влијаат на перцепцијата и однесувањето на поединецот. Социотераписките постапки се базираат на учење нови вештини на промена во ставовите и однесувањето без нужност за спознавање на поврзаноста со однесувањето со поранешните искуства. Целта на психотерапијата е постигнување на подобро емоционално и социјално функционирање, опоравување, засилување и зголемување на квалитетот на живот. Влијанието на околината, интерперсоналниот однос, психосоцијалното созревање, групната/семејната динамика и терапискиот потенцијал на членовите на групите се користат и во психотерапијата и социотерапијата. Значи, психотерапијата и социотерапијата имаат исти интереси и цели, а изборот на методите и индикациите за примена се значајни за исходот на заболената личност и структурата на дејствување на професионалците.



Слика 1.: Некои од можните методи и техники на работа во психотерапијата и социотерапијата на лицата заболени од деменција

Живот со дементна особа

Животот со дементна особа е многу тежок и напорен, како физички поради трчењето помегу обвските, растргнатоста, дуплите обврски, личната грижа и гришата за дементната особа.... така и психички, лицата кои се грижат за дементните особи се соочуваат со низа помешани емоции како и со личен и емоционален стрес.

Деменцијата не само што влијае на болни луѓе, туку влијае и на целото семејство. Најголемиот товар го носи, лицето кое се грижи за пациентот.

Луѓето со деменција се тешкии напорни и треба да планирате начини како да се справите со оваа болест во иднина.Разбирањето на сопствените емоции ќе ви помогне да се справите со обете како проблемите на пациентот, така и вашите. Некои од емоциите што ги доживувате можат да бидат тага, вина, гнев, конфузија, осаменост, а можеби и други.

ТАГА

Ова е природен одговор за некој што доживеал загуба. Поради состојбата во која се наога а секојдневно го гледате дементниот човек, може да се почувствувате дека сте изгубиле пријател, роднина или родител и дека често тагувате за она што е некогаш тоа лице било. Само што мислите дека сте прилагодиле личност, повторно се менува ставот.Може да биде поразително што тоа лице повеќе не ве препознава. Многу луѓе кои се грижат за пациентите откриј дека учеството во групи за поддршка е најдобриот начин за да си помогнат, за да можат да продолжат со таков живот.

ВИНА

Вообичаено е да се чувствувате непријатно поради однесувањето на пациентот, поради лутината што ја имате кон него или поради чувството дека повеќе не можете да издржите и да размислуватеза сместување на дементна личност во дом за стари лица. Па поради тоа чувствувате вина и дека не сте доволно добра особа, Можеби разговорот е корисен за вашите чувства со другите старатели на такви пациенти и пријатели.

ГНЕВ

Вашиот гнев може да се меша. Може да се администрира на болно лице, на вас самите, на лекарот или ситуацијата, сè зависи од околностите. Важно е да се разликува вашиот сопствен гнев во однос на гневот од однесувањето што е последица на болеста и вашиот гнев конна самата личност.

Може да биде корисно да побарате совет од пријатели, роднини и групатаза поддршка. Понекогаш старателите се толку лути што постои опасност од повреда на таа личностза кои се грижат или на себе. Ако се чувствувате така, мора да побарате помош од стручни лица.Може да се најдете во ситуација кога треба да преземете обврски како плаќање сметки,домаќинство, готвење. Ова зголемување на одговорноста може да биде многу стресно.

НЕЛАГОДНОСТ

Понекогаш може да се чувствувате непријатно кога лицето се однесува несоодветно во друштво. Непријатноста може да се олесни ако ги споделите овие чувства со другитенегуватели кои имале слични искуства. Исто така, помага да им објасните на пријателитеи соседите за каква болест станува збор за да можат подобро да го разберат однесувањето на лицето.

ОСАМЕНОСТ

Многу негуватели се повлекуваат од општеството и се ограничени на својата куќа, непосредната околина и лицето со деменција. Да се биде некој што се грижи за болните може да се доведе до осаменост, губење пријателство, губите други социјални контакти поради барањата што ги наметнува вашата улога. Осамеността уште повеќе ја отежнува грижата за пациентот. Корисно е прво да се внимава на одржувањето пријателства и социјални контакти.

Но најважните работи со кои се соочуваат лицата кои имаат живот со дементна особа се стресот, депресијата, анксиозноста како и намалената психолошка благосостојба.

Стрес

Стрес е физиолошка и психолошка реакција на човекот на надворешните случувања која ја ремети рамнотежата на функционирање на човечкиот организам. Синдром на негувател или стрес кај негувател — состојба која е пропратена со исцрпеност, лутина,бес или вина како резултат од постојано, долготрајно грижење за лице кое заради хронична болест е зависно од други. Овој термин се користи од здравствените работници, но не е официјално заведен во Прирачникот за Дијагностика и Статистика за Ментални Нарушувања. Во Америка околу 66 милиони луѓе се грижат за други зависни од нив кои се болни, стари и/или инвалидизирани,во просек по 39.2 часа неделно. Над 13 милиони се грижат воедно и за сопствените деца.

Овој синдром е акутен доколку негуваниот поединец има потешкотии во однесувањето, како што се: фекална инконтиненција, проблеми со меморија, проблеми со спиењето, заталкување, и агресија.

Типични симптоми на кои се појавуваат кај негувателот вклучуваат: замор, несоница, проблемми со желудник, и така натаму, а најчестиот е депресија. Грубо оценето, околу 70 проценти искусуваат симптоми на депресија.Здравствените работници го именувале како синдром на негувател, или негувателски умор, заради постоењето на влошување на физичкото и менталното здравје кај овие лица . Оние кои пружаат нега на пријател или член на семејството кој има долготрајна болест или состојба, подложни се на хроничен стрес, а негувателството може да има и ефект врз имунолошкиот систем.Постојат индиции дека негувателите кои се грижат за пациенти со Алцхајмер се подепримирани и покажуваат пониски знаци на задоволство со животот во однос на контролните примероци. Во симптомите спаѓаат депресија, анксиозност и надразнетост (лутина). Хроничниот стрес може да доведе до висок крвен притисок, шеќерна болест, и компромитиран имунолошки систем.Ваквите влијанија може да го намалат животниот век на негувателот.

При тешки случаи на Алцхајмер, негувателите може да ги попримат симптомите на пациентите кои ги негуваат, како прогресивно губење на памтењето.Синдромот на негувателски умор може да се јави кај лица од сите возрасни групи.На пример, постарите негователи може да имаат за 63 проценти повисок ризик за смртност од нивните врсници кои не се грижат за други.Овој тренд може да биде предизвикан од покачените нивоа на стрес хормонот кои кружат низ телото, слично како кај лица со постраумaтски стрес синдром (PTSD). Со оглед на тоа што, негувателите мора да бидат преокупирани со нивните улоги, дење и ноќе,често го занемаруваат своето здравје.Искусуваат високи нивоа на стрес, но и тага бидејќи го посведочуваат опаѓањето на здравјето на сакана личност.Нивната улога се менува од улога на партнерство (мајка/ќерка, мајка/син итн) во улога на негувател и пациент, па често за да се справат, негувателите се обраќаат и на онлајн форуми за поддршка.

Некои луѓе имаат голем проблем при промената на улогата, па искусуваат надразнетост (лутина), огорченост и вина.Негувателите се изложени на ризик за негативни ефекти над здравјето и заради емоционалната вознемиреност. Дури и кога повеќе не се грижат за друго лице, овие стресори може да имаат долготрајни ефекти заради промените во имунитетот

Земајќи предвид дека туѓата нега може еродирачки да влијае врз здравјето на негувателот, бројни студии се направени за да ги проценат ризиците со кои може да се соочи при вршење на должностите, како ефектот врз имунолошкото ендокринолошкото функционирање, ризикот за депресија лошиот квалитет на сон, долгорочни промени во стрес одговори кардиоваскуларни заболувања, Синдромот на стрес кај негувателот е предизвикан од преоптеретувачката обврска за грижа за инвалидизирано или хронично болно лице.Причина за стресот се зголемените нивоа на стрес хормонот во текот на подолг период на време.Негувателите се јадосуваат заради опаѓачкото здравје на сакана личност, што доведува до состојба на депресија и исцрпеност, при што им се влошува емоционалното и ментално здравје.Негувателите со двојна обврска, оние кои имаат здравствена професија и воедно се грижат за некого дома.Преоптовареноста и постојаната улога на давање нега, доведува до зголемено влошување на физичкото и менталното здравје.Се мисли дека и дел од стресот кој го доживуваат негувателите е и односот кој го имаат кон нивната работа.Со други зборови, ако негувателот не сака да биде негувател, тогаш си предизвикува поголем стрес кога ја прифаќа таа улога.Негувателите на лицата со деменција често се разболуваат не само - физички и психички, а исто така се соочуваат со сиромаштија затоа што грижата за болните не им дозволува да го напуштат домот и да работат.

Анксиозност

Чувство на темнина и калустрофобија во сопстевената кожа.Потрага за излез од секојдневието и потреба за земање воздух, да токуму така, потреба за воздух, поленење на белите дробови со длабоко вдишување.

Постојат одредени денови каде што ви изгледа дека се ви оди наопаку и дека сте „станале на лева нога“, но кога ќе дојде нов ден, таквото чувство сегуби се почнувате од почеток, како ништо да не се случило.Но, умот на анксиозната личност е нешто поинаку.

За оние кои живеат во постојан страв, секој нов ден највува нова борба, борба со самиот себе си.Умот на анксиозната личност носи товар исполнет со несигурност и неконтролирана грижа и паника.Чувствувате брутална несигурност и беспомошност, секогаш кога работите, се ви отиди надвор од контрола?Во зависност од тоа како ја интерпретирате анксиозноста, истата може да ви биде најдобар пријател или најголем непријател.Анксиозните личности, често позитивното чувство на нервоза го претвораат во чувтво на беспомошност и не си дозволуваат самите себе си да бидат мотивирани.Пред некое важно случување, наместо нервозата да ја искористат да бидат инспирирани, тие се дефокусираат и почнуваат да мислат дека нема поента во тоа што го прават.Умот ја зазема контролата и подсвесно го одложува проблемот кој јапредизвикува.За време на важен настан, често се случува луѓето со анксиозност да си го преокупираат мозокот со друга активност за да не се фокусираат на проблемот.И покрај тоа што се чини како добра идеја, и за момент,тоа го намалува чувството на страв, но всушност претставува само буткање на работите „под тепих“ а не и решавање.Едноставен пример за одлагање на решавање на проблемот е на пример туширање или јадење само за да се тргне фокусот од она што ја предизвикува нервозата.Но, што всушност се случува?Подсвеста не сака да се соочи со проблемот па само си „купува време“.Луѓето имаат чувство на терор кои ги напаѓа коинтинуирано и без предупредување.Други симптоми на напади на паника вклучуваат потење, болки во градите, јаки и невообичаени срцеви отчукувања и чувство на давење.Најсликовито објаснето чувството е како да доживувате срцев удар или како тотално да полудувате.Социјланата анксиозност е анксиозност уште позната како социјална фобија.Социјалната фобија вклучува чувство на грижа, кога станува збор за интеракција со други луѓе, постојана грижа,чувство дека останатите ќе ве осудуваат и непрекинати мисли дека ќе се посрамотите.

Анксиозното пореметување е прекумерно и претерано стравување за секојдневните случувања без никаква причина.Луѓето не можат да прекинат да се грижат дека ќе се случи некоја катастрофа и постојано да го очекуваат најлошото.Дневниот живот прераснува во константна грижа, страв и чувство на нелагодност.На крај, анксиозноста толку многу се инкорпорира во животот на личноста што дури влијае на човековото размислување, функционирање во работата, образованието и врските со другите луѓе.Се уште не е познато како се јавува акнскиозноста, но истражувањата покажале дека често може да биде и наследен иако голема е улогата на човековиот ум.Станува збор за абнормално функционирање на одредени нервни патишта кои се конектираат со одредени мозочни региони кои вклучуваат размислување и емоции.Конекцијата помеѓу овие нервни ќели зависи од нервотрансмитерите кои пренесуваат информации од една нервна ќелија до друга.Доколку ваквото пренесување е од било кои причини оневозможено може да резултира со промени на расположение и анксиозност. Анксиозноста исто така може да се предизвика во ситуација кога ја потиснуваме сопствената енергија, која сега го бара нашето внимание .Доколку долго време сме ја потиснувале, таа сега не потиснува нас и бара начин да излезе од нашите мисли.Но, ние повтрно упорно ја притискате и сега таа не ни дава мир, не омалаксува за нормално да функционираме во текот на денот.Уште повеќе анксознноста е алрам дека треба да направите промена во вашиот живот. Физиолошката дефиниција на анксиозноста гласи од прилика вака: кога човечкото тело е изложено на стресори, се појавува состојба на стрес која е должна да се избори со тие стресори и да го врати балансот во организмот.Но доколку телото не е во состојба да се избори со стресорите, се појавува хронична состојба на стрес која се нарекува дистрес.И тогаш доаѓа анскиозноста.Справувањето со анксиознсота ни во најмала рака не е лесна задача.Но, постојат неколкиу начини кои можат да служат како превенција пред состојбата да ескалира и да ја преземе контролата во вашиот живот.Направете тајм аут.Вежбајте јога, слушајте музика, медитирајте.Јадете избалансирани оброци, здравото хранење е клучно како за физичкото така и за менатлното здравје. Земете длабоко воздух, потрудете се да дадете се од себе кога станува збор за извршување на задачите.

Не целете кон перфекционизам, зошто тоа не е возможноо, дадете се од себе за иврШување на одредена задача и бидете задволни од она што сте го постигнале.Споредувајте ги сопствените потигнувања со самите себе не со постигањата на другите.

Депресија

Кога зборуваме за депресија најпрво треба да расчистиме дека депресеијата нема никаква поврзаност со емоцијата на тага.Имено, депресијата претставува длабоко потиснат гнев кој личноста не успела да го изрази, па не свесно го свртела против себе.Затоа депресијата уште се нарекува автоагресија.Тагата е објаснета како убава емоција која му дозволова на човекот себеспознавање, доближување на човекот до сопстените чувства и прифаќање на ситуацијата онаква кава што е. Кога некој ќе се исплаче следи состојба на мир и олеснување.Запомнете здраво е да се плаче.

Во депресијата нема ништо убаво.Таа претставува слика за самиот себе исполнета со презир и самокритичност.Личноста не се прифаќа онкава кава што е и ги губи сите мотиви за живеење и функционирање.Изворот на депресијата е секогаш внатрешен, никогаш не е надворешен.Колку и да изгледа дека депресијата е последица заради нечие туѓо однесување , или се последица од некои ситуаци кои не ви трганле од рака,тоа не е вистина.Луѓето секојдневно се соочуваат со проблеми и сутации кои не се приајтни, но тие не паѓаат во депресија туку настојуваат да се соочат и решат .Депресијата има различен интензитет и должина на траење.Таа може да биде со времетраење од неколку недели, па се до најтешкиот облик на клиничка депресија, каде личноста ја губи секоја мотивација за живот и не е способна да извршува никаква задача.Депресијата влече корени од самото детство.

Вистината е дека животниот пат по кој одиме не секогаш ќе биде исполет со патокази кои ќе не насочуваат во вистнската насока.Животот е војна, а ние борци.Проблемите се тренинг, а сотојбата на умот е нашето оружје.Бидете храбри и истрајни.Размслете каде сакате да бидете за десет години од сега.Борете се да го постигнете она кое го сакате.Товарот е тежок а патот е стрмен, но кога еднаш ќе го освоите врвот, сте го освоиле и светот!

Психолошка благосостојба

Емоционална благосостојба значи да се чувствувате добро.Бидете среќни, доживејте позитивни емоции како што се љубов, радост или сочувство и генерално чувствувајте се задоволни од животот.Духовната благосостојба може да вклучува чувство на поврзаност со повисока моќ, постоење на значење, цел или чувство на мир или надминување.Светската здравствена организација ја опишува „благосостојбата“ како „ресурс за здрав живот“ и „позитивна здравствена состојба“, што е „повеќе од отсуство на болест“ и ни овозможува да функционираме добро психолошки, физички., емоционална и социјална.

Во позитивната психологија, психолошката благосостојба е клучен концепт.Но, што значи оваа благосостојба и како можеме да ја стекнеме?Се вели дека луѓето имаат поголема веројатност да уживаат во психолошка благосостојба откако ќе ги исполнат своите основни потреби. Живеењето во безбедна област, доволно храна и соодветно засолниште се сите важни фактори за емоционалното здравје.Добрите услови за живот (на пр. Домување и работа) се основни за благосостојбата.Сепак, многу индикатори кои ги мерат условите за живот не успеваат да го измерат она што луѓето мислат и чувствуваат за своите животи во области како што се квалитетот на односите, емоциите, личното исполнување или целокупното задоволство.Благосостојбата вклучува, во голема мера, глобални проценки за задоволството од животот и чувствата, од депресија до радост.

Студиите покажуваат дека, на индивидуално ниво, генетските фактори, личноста и демографските фактори се поврзани со благосостојбата.

На пример, позитивните емоции се наследуваат до одреден степен, што сугерира дека може да има генетски одредена референтна точка за емоции како што се среќа и тага.Некои фактори на личноста силно поврзани со благосостојбата се оптимизам, екстраверзија и самопочитување.Генетските фактори и факторите на личност се тесно поврзани и можат да комуницираат, влијаејќи на нашата индивидуална благосостојба.Студиите исто така покажуваат дека, генерално, мажите и жените имаат слично ниво на благосостојба, но ова ниво се менува со возраста: помладите и постарите возрасни имаат тенденција да имаат поголема благосостојба во споредба со возрасните на средна возраст.Како по правило, корелацијата помеѓу приходот и благосостојбата е посилна за оние со ниско економско ниво, но студиите исто така пронајдоа врска за оние со повисоки нивоа на приход.Да се имаат поддржувачки врски е еден од најсилните предиктори за благосостојба, има забележителен позитивен ефект. Да се живее живот со смисла и цел е од суштинско значење за зголемување на нашата психолошка благосостојба.Но, секојдневното справување со стресот, анксиозноста и депресијата кај лицата кои живејат со дементна особа значи и намалена психолошка благосостојба.

Не постои развиен систем за поддршка на семејствата на лица со деменција кај нас освен дневен центар и центри за советување за негователи, негувањето е интерактивен, развоен процес кој е заинтересиран повеќе за понатамошниот развој отколку за потеклото на личноста.

Искуството со душевната болка поврзана со психичко растројство се искажува преку разни пореметувања или пак настани од минатото со кои се запознати само негувателите. Негувателите и луѓето за кои се грижат се поврзани на посебен начин преку заедничко влијание, искуството со психичко растројство се претвора во секојдневен проблем и негувателите ги забележуваат реакциите од болката, а не од нарушувањето.Домашната нега обезбедува грижа само за еден одреден пациент, со што се овозможува да се обрне поголемо внимание на развојот на деменцијата.

Центрите за дневен престој на стари луѓе, како и амбулантите во домовите за стари лица многу често обезбедуваат грижа и нега за пациентите со деменција. Центрите за дневен престој нудат надгледување, рекреација, исхрана и ограничена нега на пациентите, како и одмор за негувателите.

Експертите велат дека обезбедувањето поддршка за семејствата всушност ќе донесе заштеда на државата, од чиј буџет на крајот ке мора да се грижи за болни и невработени старатели. Со што се се соочуваат старателите и негувателите на дементните лица, како да си помогнат себе си, како да ја пребродат ситуацијата во која се заробени, што носат 24/7 исто секојдневие.....

Претходни научни истражувања

Истражувачите од UCL наведуваат дека модифицирањето на 12 ризик фактори од детството до подоцнежниот живот може да ги одложи или спречи 40% од случаите на деменција. Нетретираното оштетување на слухот во средните години останува најголем модифициран ризик фактор.

Во комбинација, три нови ризик фактори се поврзани со 6% од сите случаи на деменција - со проценети 3% од случаите кои се препишуваат на повреди на главата во средните години, 1% случаи на прекумерно конзумирање на алкохол во текот на средните години и 2% изложеност на загаден воздух во подоцнежните години. Преостанатите ризик фактори се поврзани со 34% сите случаи на деменција. Ризик факторите со најголем удел во случаите на деменција во популацијата се помало образование во раниот живот, губиток на слухот во средните години и пушење во подоцнежните години (7%, 8%, односно 5%).

Извештајот, со кој раководи 28 водечки светски стручњаци за деменција, се заснова на 9 ризик фактори идентификувани во Комисијата Lancet за 2017 гпдина и пружа ажурна анализа на најдобрите докази за превенција на деменција. Новиот извештај ги повикува нациите и поединците да бидат амбициозни во спречувањето на деменција.

Извештајот е претставен на 30-ти јули 2020 година на Меѓународната конференција Alzheimer`s Association (AAIC 2020).

Водечкиот автор професор Gill Livingston (UCL Psichiatri and Camden & Islington NHS Foundation Trust) кажал: „Нашиот извештај покажува дека во моќта на креаторите на политиката и поединците е да спречат и одложат значаен ден на деменцијата, со можностите да влијаат во различни стадиуми од човековиот живот.

„Интервенциите веројатно ќе имаат најголемо влијание на оние кои несразмерно влијаат ризик факторите од деменција, покрај оние во земјите со ниски и средни приходи, вклучувајќи ги азијските етнички заедници.

"Како друштво, мораме да размислуваме понатаму од унапредувањето на доброто здравје за да би ја спречиле деменцијата и да почнеме да се бориме против нееднаквостите за да ги подобрите околностите во кои живеат луѓето.

Можеме да го намалиме ризикот со создавање на активно и здраво опкружување за заедниците во кои физичката активност е норма, подобра исхрана да биде достапна за сите и изложувањето на прекумерно конзумирање на алкохол да се сведе на минимум“.

Ширум светот околу 50 милиони луѓе живеат со деменција, а се предвидува дека овој број ќе се зголеми на 152 милиони до 2050 година. Деменцијата ги погодува поединците, нивните семејства и економијата, а глобалните трошкови се проценуваат на околу 1 билион американски долари годишно.

Меѓутоа, во некои земји бројот на постари лица со демензија опадна, веројатно поради подобрување во образованието, исхраната, здравствената заштита и промената на начинот на живот, што покажува можност за намалување на деменцијата со превентивни мерки.

За да се занимаваат со ризикот од деменција, автори повикуваат на донесување на девет амбициозни препораки од страна на креаторите на политиката и поединци:

- тежнејте кон одржување на систолниот крвен притисок од 130mm Hg или помалку во средното животно доба од околу 40 год.
- Истакнете ја употребата на слушни помагала за оштетен слух и намалете го оштетувањето на слухот штитејќи ги ушите од високото ниво на бучава
- намалете ја изложеноста на загаден воздух и дим
- спречете повреди на глава (високо ризични занимања и транспорт)
- спречете злоупотреба на алкохол и ограничете го конзумирањето на помалку од 21 единица неделно
- престанете со пушењето и поддржете ги поединците да престанат да пушат (што авторите нагласуваат дека е корисно во било кое доба)
- овозможете им на своите деца основно и средно образование
- воведете активен живот во средниот, а можеби и подоцнежниот живот
- намалете ја дебелината и дијабетесот.

Овие акции се посебно важни во земјите со ниски и средни приходи, каде стапката на деменција расте побрзо отколку во земјите со високи приходи, а живеат околку две третини луѓе со деменција.Во многу региони, особено во сиромашните земји, скоро и не постојат резултати од епидемиолошки истражувања.

Сепак, некои проценки од 2005 година предвидуваат распространетост на деменцијата низ целиот свет од 24.3 милиони, со 4.6 милиони нови случаи на деменција секоја година. Бројот на заразените луѓе ќе се дуплира секои 20 години и бројот би достигнал до 81.1 милион до 2040 година.

Ова е резултат на зголемување на очекуваното траење на животот и поголема застапеност на одредени ризик фактори од деменција - како што се ниска стапка на образование, висока стапка на хипертензија, дебелина и оштетување на слухот и брзо растење на стапката на дијабетесот.

Коавторот на студијата д-р Naaheed Mukadam (UCL Psichiatri and Camden & Islington NHS Foundation Trust) кажал: „На основа на нашето моделирање очекуваме уште случаи на деменција да бидат спречени во земјите со ниски и средни приходи, во споредба со богатите земји, заради преваленцијата на ризик фактори кои ги идентификувавме.

Порано проценувавме дека 9 фактори допринесуваат за 35% од случаите со деменција ширум светот, но таа цифра расте на 40% во Кина, 41% во Индија и 56% во Латино Америка“.

Авторите предупредуваат дека проценитe би можеле да бидат и повеќе, затоа што користеле конзервативни процени за превенција на ризик факторите и затоа што не ги земаат во предвид трите нови ризик фактори.

Коавторот d-r Jonathan Huntlei (UCL Psichiatri and Camden & Islington NHS Foundation Trust) додал: „Речиси сите достапни докази за деменцијата потекнуваат од земјите со високи приходи, така да итно е потребно да се спроведат уште студии во остатокот од светот, за да можеме да разбереме дали ризиците се разликуваат и дали нашите решенија можеби би требало да бидат прилагодени на различните култури и средини“.

Авторите забележуваат дека моделирањето за нивните процени за превенција претпоставува дека постои причински-последнична врска помеѓу ризик факторите и деменцијата, но биле внимателни во вклучувањето само на ризик факторите со јаки докази во причинската врска.

Во последниот дел од извештајот, авторите се залагаат за холистичка и индивидуализирана нега заснована на докази со кои се занимава физичкото и менталното здравје, социјалната заштита и поддршка која може да удоволи на сложените потреби.

Коавторот на студијата d-r Andrev Sommerlad (UCL Psichiatri and Camden & Islington NHS Foundation Trust) кажал: „Поддршка на физичкото здравје на лицата со деменција е важна за нивните ментални способности, но и затоа што можат да се борат со други болести“.Едно истражување спроведено на Универзитетот во Бари, Италија покажа дека група на луѓе која конзумира алкохолни пијалаци има мало влијание врз појавата на деменција.

Во група од 1.566 возрасни Италијанци, 1445 немале никакво когнитивно нарушување, а 121 доживеале благо когнитивно нарушување и со истражувањето се утврди дека во рок од 3.5 години, кај луѓето со благо когнитивно нарушување кои конзумираат помалку од еден алкохолен пијалак дневно, се развива деменција до степен што е 85% побавно од оние кои воопшто не конзумираат алкохол.

Сепак, научниците кои го спроведоа истражувањето изјавија дека откако појавата стана епидемиолошка, резултатите може да бидат само показател за начинот на живеење, посочувајќи дека "просечниот начин на живеење" всушност е поврзан со бавен развој на деменција. Истражувањето не успеа да покаже врска помеѓу висок крвен притисок и развојот на деменција.

Појавата на невротрофичниот фактор кој произлегува од мозокот се поврзува со некои видови на деменција.

Едно канадско истражување откри дека кај луѓето кои ги зборуваат и двата јазика во Канада се забавува процесот на појава на деменција и тоа за 4 години во споредба со луѓето кои зборуваат само еден јазик.Канадско научно списание објави дека е штетно луѓето заболени од деменција да бидат учесници во сообраќајот. Тие би можеле да предизвикаат сообраќајна несреќа во која би се повредиле самите себеси или луѓето околу нив, но исто така може дури и да дојде до смртен случај. Докторите треба да препорачуваат пациентите да одат на тестирање за да утврдат дали се способни да возат.

Во САД, има посебен закон кој дозволува примена на сила и судската власт ги тера оние кои смета дека можеби се заболени од деменција или некоја друга ментална болест да направат ментална проценка.

Во Велика Британија, како и кај сите други ментални растројства каде пациентот може да биде опасен за себе но и за другите, може да бидат притворени според Законот за ментално здравје донесен во 1983 година, сè со цел да се процени болеста, да се згрижи и лекува пациентот.

Тоа претставува краен случај, но доколку пациентот има семејство или пријатели кои би можеле да се грижат за него, се избегнува неговата примена.

Во Велика Британија, Бирото за издавање на возачки дозволи, изјавува дека заболените од деменција кои слабо памтат, се дезориентирани или прават лоши проценки, со сигурност не се вклопуваат меѓу останатите возачи и поради тоа, Бирото мора да биде известено за ваквите случаи за да може да им ја одземе возачката. Сепак, тоа им дозволува на оние кои се во раната фаза на болеста да возат, но редовно да одат на контрола.

Тие може да се однесуваат нервозно или несоодветно и да бидат неорганизирани. Некои може да станат нервозни или да шетаат наоколу преку денот, но понекогаш и преку ноќта.

Кога луѓето заболени од деменција се стават во ситуација која е надвор од нивните можности, може наеднаш да почнат да плачат или да станат гневни (ова е наречена "катастрофална реакција").

Напоменуваат дека лицата со деменција посебно се изложени на ризик од COVID-19 (заради староста и веќе постоечките болести, како што е хипертензија), и дека мерките за физичка изолација можат да бидат предизвик за пациентите со деменција, на кои ќе им биде тешко да се придржуваат на насоките или тоа што не можат да имаат контакт со негувателите и семејството.

Авторите повикуваат дека луѓето со непознат статус на COVID-19 не се примаат во домовите за нега заради заштита на постоечките корисници, па редовно се тестираат вработените и асимптоматските корисници, како и симптоматските штитеници кога постои изложеност и уште многу други работи како да се заштитат пациентите со деменција во текот на моменталната пандемија и идните итни случаи во јавното здравство.

ГЛАВА 2.0 Приказ на случај

Госпоѓата Х има 68 години, жена, омажена, со 2 деца која била следена во текот на 5 години. Госпоѓата Х за прв пат била забележана пред 6 години кога нејзиниот сопруг забележал промени во нејзината меморија и однесување.Токму поради тие причини побарале лекарска помош. Госпоѓата Х кажува дека често влегувала во собата да земе нешто, но заборавала што треба да земе. Господинот И забележал дека од една пријатна жена, се претворила во жена која не ја познава. Станувала непријателски настроена без некоја посебна причина. Инаку, госпоѓата Х била во добра физичка кондиција, земала медикација само за хипертрнзија.Немала некоја посебна медицинска или психијатриска историја, ниту семејна историја за некои когнитивни или психијатриски растројства. Господин И контактирал со центарот во кој неговата сопруга е третирана за нејзините когнитивни и бихејвиорални отстапувања. Невролошкиот преглед покажал отсуство на фокални абнормалности, но глабеларниот и палмоменталниот одговор биле присутни.Госпоѓата Х била колеблива и имала проблеми со одржување на вниманието. Пореметување во расположението не било присутно. При испитување на сензориумот, Госпоѓата Х била дезориентирана во место и време. Бил присутен недостаток од околу 2 години. Но, повеќето од поставените прашања ги сфаќала и била свесна дека има когнитивни тешкотии.

На невропсихолошкото тестирање се покажало умерено до тешко оштетување во меморијата, вниманието, визуоспацијалните одговори и способноста за планирање.

Резултатите од лабораторијата биле во референтни вредности. ЕЕГ испитувањето покажало благи абнормалности со неспецифични тета бранови и шилец празнења билатерално. КТ на глава покажало мало проширување на вентрикулите со блага кортикална атрофија.

Госпоѓата Х била поставена на соодветна медикација. Нејзиното однесување не се подобрувало ни 6 месеци по медикацијата. Година и пол потоа заедно со сопругот госпоѓата Х го посетила центарот. Во почетокот нејзиниот сопруг почнал да размислува за сместување со соодветно вклучен третман и тим.

Во тоа време деменцијата била тешка, симптомите биле повеќе изразени во ноќта, со плачење и заканување кон сопругот. Во еден случај, сопругот се разбудил ноќта и видел дека сопругата ја оставила пуштена славината во бањата до максимум, водата прелевала преку плочките низ вратата, а таа во дневната спиела.

Откако му биле објаснети опциите за семејна поддршка од страна на тимот тој одлучил да се грижи за својата сопруга дома. И биле препишани SSRI,по што сопругот забележал намалување на плачењето, подобрување на спиењето и зголемена желба да помага во некои од домашните обврски.

Седум месеци подоцна сопругот ја донел сопругата за евалуација со цел да се хоспитализира. Тој кажува дека е на крајот со нервите, бидејќи сопругата постојано бегала кога тој не ја гледа и еден ден буквално се изгубила што морал ба пријави во полиција и ја нашле во едно од околните села. Исто така, кажува дека се чувствува виновен затоа што неможе да се справи со неа, имало случаеви кога да не дошол на време незјиниот живот ќе бил загрозен(се качувала на таванот, излегувала на улица меѓу автомобилите...) Кажува дека е загрижен за нејзината безбедност. Сопругот не гледа друга алтернатива, освен да обезбеди нејзина постојана хоспитализација. Поради тоа госпоѓата е сместена во геријатриски центар со постојана нега.

ГЛАВА 3. ЕМПИРСКО ИСТРЖУВАЊЕ

3.0.Формулација на емпириско истражување

3.1.Методологија на емпирското истржување

Со цел да имаме поголема јасност и прегледност во истражувањето, ќе биде користена соодветна методологија со аргументирање на оправданоста,предметот и целта на истражувањето, поставување на хипотезите и објаснување на квалитативните и квантитативните техники и методи за собирање и обработка на податоците.

3.1.1. Научна и општествена оправданост на емпирското истржување

Модерното општество, кое е препознатливо по екстремно брзиот развој на технологијата, големите побарувања на пазарот и брзината на живеење на човекот носат многу позитивности од аспект на развојот на човекот во сите области. Но целиот тој брз развој во сите области има и своја темна страна.Човекот е во ситуација постојано да живее под притисок на времето и намногубројните задачи кои се бараат од него.

Ако на целиот тој притисок и трка со времето ја додадеме и грижата за членовите во фамилијата кои не се во можност да се грижат сами за себе... БУМ !!!

Земајќи ги предвид гореспоменатите факти, евидентна е оправданостана ова истражување насочено кон блиските на лицата со деменција и нивното секојдневно функционирање.

Во ова истражување статистички ќе биде определен односот помеѓу стресот, анксиозноста, депресијата и психолошката благосостојба на лицата кои во семејството имаат болен од деменција.Како тие ситуации влијаат врз работата и ефективноста во работењето во организациите причините за појавување на нелагодноста , последиците од тоа и правилните начини за контрола на ситуацијата.

3.1.2.Предемт на емпирско истржување

Предмет на истражување во овој магистерски труд е анализа и проучување на дементната особа како значаен фактор кој влијае на функционирањето на останатите членови во семејството. Притоа се обрнува посебно внимание на карактеристиките со кои се здобила и кои ги поседува дементната особа, и како сето тоа влијае врз членовите на семејството. Поаѓајќи од предмет на анализа за истражување во овој магистерски труд посебно внимание се посветува на следново:

- ► Теоријата за деменција и видот на деменција
- ► Карактеристиките и способностите на дементната особа,
- ► Емоционалноста и психолошката благосостојба на членовите од фамилијата,
- ► Нивото и справувањето со стресот анксиозноста и депресијата

3.1.3.Цели на емпирското истржување

Во овој труд цел на истражувањето е преку теоретските аспекти за деменцијата како болест со сите свои комплексности, да се истражи и осознае за животот на членовите од семејството на болен кој има деменција. Колку и какви се компликации се јавуваат во секојдневното функционирање.

Стресот и анксиозноста и депресијата дали се присутни и како да се справиме со нив, и како до психолошка благосостојба и дали воопшто ја има... што значи дека овој труд е насочен кон луѓето кои непосредно се соочуваат со деменцијата преку некој член од семејството и секојдневно се борат за својата поволна психолошка благосостојба, да и овозможи полесно секојдневно функционирање и справување со непријатностите кои ги носи деменцијата, да се извлечат заклучоци и поуки кои би биле корисни за нив.

3.2 Хипотези и варијабли на научно истражување

3.2.1.Хипотези на научно истражување

Лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција, но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него, се соочуваат со висок степен на депресивност, анксиозност и стрес, како и пониско ниво на психолошка благосостојба

Потхипотези:

- Лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на стрес како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.
- Лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на депресија како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.

- Лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на анксиозност како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.
- Лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, имаат исто ниво на психолошка благосостојба како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.

Од подхипотезите (посебните хипотези)произлегуваат уште неколку поединечни хипотези кои спаѓаат како составен дел од анкетниот прашалник а тоа се**:**

- Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто се соочуваат со проблеми на личен или професионален план.
- Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто немаат доволно време во текот на денот да ги завршат сите обврски.
- Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто немаат слободно време за себе.
- Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто немаат добар социјален живот.

3.2.2.Варијабли во истражувањето

Независни варијабли во истражувањето се :

- лица кои боледуваат од деменција и сите проблеми кои ги носи болеста со себе.
- членови на семејството кои имаат заболен член од деменција и нелагодностите со кои ќе мораат да се соочуваат.

Зависни варијабли во истражувањето се

- степенот на депресија, анксиозност и стрес со кој се соочува лицето кое во семејтвото има болен од деменција кој ќе биде одреден со употребата на DASS 21 скалата за одредување на степен на депесија, анксиозност и стрес.
- нивото на психолошка благосостојба кое ке биде одредено со употреба на Psihological Well- Being 18 скалата на Риф за одредување на нивото на психолошка благосостојба

Релеванти варијабли

- Пол претставува варијабла што ја одредува припадноста на членовите на семејството кон машкиот или кон женскиот пол.

-Брачен статус е демографска карактеристика според која членовите на семејтвото ќе се поделат во неколку групи – во брак, немажени/разведени.

-Работен статус е демографска карактеристика која вклучува членови од семејството кои се вработени и членови од семејтвото кои се невработени.

3.3. МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ кои се користат во истражувањето

• Стресот, анксиозноста и депресијата се користи ДАС скалата, за да се утврди нивото на стрес, депресија и анксиозност кај испитаниците, ДАС скалата е збир од три скали дизајнирани за мерење на негативните емоционални состојби на депресија анксиозност и стрес, во моментов постојат две верзии од ДАС скалата, подолгата верзија се состои од 3 скали за проценка на стрес анксиознос и депресија и секоја од нив содржи 14 ставки, вкупно 42 ставки и откако ке биде пополнет прашалникот и ке бидат одговорени сите ставки се става шаблон за бодирање кој означува кои ставки на која скала и припаѓаат, и се додаваат резултатите од сите ставки во секоја скала, пократката верзија се состои исто од трите скали за стрес анксиозност и депресија но секоја од нив содржи по 7 ставки, вкупно 21 ставка откако ке бидат одговорени сите ставки се става шаблонот за бодирање но само на едната единствена страна потоа резултатот што се добива се помножува со 2 со цел да се добие резултат кој е споредлив со резултатите од подолгата ДАС верзија.

• Психолошката благосостојба – ке се користи Скалата за психолошка благосостојба на Риф, (Psihological Well – Being)психолошката благосостојба е динамичен концепт кој вклучува субјективни, социјални и психолошки димензии како и однесувања поврзани со здравјето, со што специјално се фокусира на мерење на повеке аспекти на психолошка благосостојба односно тоа се 6 субскали кои ги содржи и тоа автономија, компетентност, здрави односи, самоприфаќање,личен раст и цел во животот.

Во моментов постојат три верзии од скалата за психолошка благосостојба на Риф, најдолгата се состои од 84 ставки по 14 за секоја субскала која се употребува во институтите, пократката верзија се состои од 54 ставки по 9 засекоја субскала и во моментов се користи од страна на Висконсин за надолжна студија и најкратката верзија која ке ја користиме и во ова истражување која се состои од 18 ставкипо 3 за секоја субскала и е една од најупотребуваните(Psihological Well- Being 18)каде испитаниците заокружуваат еден одговор од понудените седумпод секоја изјава за да наведат колку се согласуваат или не се согласуваат. Потоа резултатите се стават во субскалите каде припаѓаат и се пресметуваат со формулата ((Број на поени на скала) + 1) - (Одговор на испитаникот). Се користи за национални и меѓународни истражувања од големи размери, сите три верзии на скалите се тестирани и потврдени на национално репрезентативен примерок. Целта на сите три верзии е иста односно да се одреди нивото на психолошката благосостојба кај испитаниците.

3.4 Популација и примерок

Предметната популација за која се наменети резултатите од овој труд се членовите на семејствата во кои има болен од деменција .

Достапна популација се членовите на семејствата во кои има дементен болен од градот Кочани и околината односно од источниот дел на Република Македонија. За потребите на ова истражување ќе се користат примероци, составени од 120 испитаници кои се членови на семејство во кое има дементен болен.

3.5 Прибирање и начин на обработка на податоците

Во рамките на ова емпириско истражување, со цел да имаме опфатливост на предметот на истражување и исполнување на поставените цели, ќе бидат користени и комбинирани квалитативни и квантитативни методолошки постапки и методи, како што се следните: анализа, анкета,компарација и статистика.

Анализата како метод на истражување е особено компатибилна затемата на ова истражување.Ќе биде искористена преку претходно проучуваната литература идостапните материјали од областа на деменцијата.Овој метод ќе биде спроведен преку достапните книги, релевантниемпириски итражувања на оваа тема кај нас и во светот, списанија, онлајн базана податоци итн.

Потоа ќе се пристапи со анкетата како метод на истражување кој бара организирана и правилнапримена. Има неколку предности поради кои е применета како метод: се спроведува брзо и организирано, прашањата се стандардизирани, на лесен начин се анкетираат голем број испитаници, едноставна е проверката наподатоци за истражуваниот проблем.

Поради чувствителноста на проблемот на истражување, анкетирањето бара од испитаниците реален и искрен одговор. Поради ова беше напомнато дека анкетирањето е анонимно, трае многу кратко и треба да се одговори само со заокружување на точниот одговор. Податоците од истражувањето ке се користат занаучни цели.

Со цел да се согледа состојбата во врска со појавата на стрес , нелагодност, анксиозност... поради блиската особа која е болна од деменција,вистинските извори на стресот, последиците од него и неговото контролирањеанкетирањето ќе биде спроведено од двоен аспект: од аспект налицата кои што живејат со болен од деменција односно се грижат за лице болно со деменција и одаспект на лицата кои имаат близок кој е дементен болен но не живејат со него.На тој начин ќе може да се увиди реалната состојба во однос на присутноста на стресот на стресот, анксиозноста, депресијата... кај членовите од фамилијата.

Анкетниот прашалник кој ке биде употребен во истражувањето е од затворен тип и сесостои од девет прашања со три понудени одговори.

Анкетирањето на членовите на семејството на дементен болен е спроведено Во Центар за ментално здравје во ЈЗУ Општа Болница во Општина Кочани каде доагаат дементните болни заедно со член од семејството, заради поставување дијагноза, препишување на терапија, консултација и евентуална хоспитализација при влошување на состојбата на болниот. Каде членовите на семејството на дементен болен се информирани дека собирањето на тие податоци е во научни цели, дека е комплетно анонимно, дека им е загарантирана потполна дискреција и тоа нема на негативно да се одрази на било кој начин врз нив.
После анкетирањето на испитаниците односно членовите на семејството на дементен болен се пристапи со тестирањето со ДАС скалата за процена на депресија стрес и анксиозност, како и со тестирање со РИФ скалата за одредување на нивото на психолошка благосостојба.

Компарацијата како метод на истражување, се искористи за споредба на размислувањата и искажувањата на членови од фамилијата кои што живејат односно се грижат за дементен болен во однос на членови од фалилијата кои што имаат дементен болен во фалилијата но не живејат заедно односно не се задолжени да се грижат за болниот.
Статистичкиот метод се искористи за рангирање, табеларно играфичко прикажување на претходно собраните податоци од истражувањето. Тоа се направи со помош на компјутерската апликација за табеларни пресметки Microsoft Office Excel. Статистичката обработка на податоците добиени во ова истражување се состои во пресметување на Х2-тестот.

3.6.Резултати од емпирското истржување

Резултатите од истражувањето ке бидат разгледани и разработени и пресметани и соодветно претставени и презентирани за да на крајот биде извлечен заклучок и соодветни поуки кои би биле корисни и би го олесниле животот на луѓето со деменција а пред се на нивните семејства.

3.6.1 Емпириска рамка на истражување

Емпириската рамка на истражување во магистерскиот труд се состои од квантитативна и квалитативна анализа и дискусија на резултатите кои се добиени од спроведувањето на анкетен прашалник. Хронолошки, квантитативната анализа е претставена најпрвин каде е опфатен анкетниот прашалник, а понатаму следува квалитативната анализа која ги вклучува двата инструменти на истражување во овој случај и дискусија, односно докажување на хипотезите од методолошката рамка на истражување.

1.Квантитативна анализа

Во овој дел од магистерскиот труд се претставени резултатите од одговорите на испитаниците на спроведениот анкетен прашалник Овој анкетен прашалник беше применет на личностите кои во своите семејства имаат некој член кој е болен од деменција, анкетирањето беше комплетно анонимно, загарантирана беше потполна дискреција и објаснето дека тоа нема негативно да се одрази на било кој начин нив, и дека прибирањето на овие податоци е изклучително за научни цели.Инструкции беа да се заокружи еден од понудените одговори. Предметната популација за која се наменети резултатите од овој труд се членовите на семејствата во кои има болен од деменција .

Достапна популација се членовите на семејствата во кои има дементен болен од градот Кочани и околината односно од источниот дел на Република Македонија. За потребите на ова истражување ќе се користат примероците, составени од 120 испитаници кои се членови на семејство во кое има дементен болен.

Анализа на резултати од анкетен прашалник

Анкетниот прашалник се состоеше од 9 прашања од кои првите 4 прашања беа лични прашања со што ми помогнаа да согледам за карактеристиките на испитаниците што претставуваа и моите релевантни варијабли како што се пол,работен статус, брачен статус, на испитаниците кои ке ми помогнат понатаму во обработката на податоците и донесувањето на заклучоците ,а останатите 5 прашања ми помогнаа да ја согледам разликата во размислувањата помеѓу испитаниците и да направам статистичката обработка на податоците.

Прашање бр 1

На прашањето број 1 од анкетниот прашалник кое гласеше "Кој е вашиот пол?" од вкупниот број на испитаници 120 на број, 47 одговориле машко, а 73 одговориле женско. На третиот понуден одговор не дало одговор ни едно лице кој гласеше "не сакам да се изјаснам" .Што значи дека целото истражување базирано на 120 испитаници е спроведено на 47 мажи и 73 жени(Табела бр 1)

Табела 1. Полот на испитаниците

Прашање бр 1				
Одговор	Машко	Женско	Не сакам да се изјаснам	Вкупно
Нумеручки показател	47	73	0	120
Процентуален показател	39%	61%	0%	100%

График 1. Полот на испитаниците



Прашање бр 2

На прашањето бр 2 кое гласеше " Koja e вашата возраст?" На првиот понуден одговор ./до 30 години огдовор дале 6 испитаници, на вториот понуден одговор ./ до 50 години одговор дале 69 испитаници и на третиот понуден одговор ./ над 50 години одговор дале 45 испитаници.(Табела 2)

Табела бр 2. Возраст на испитаниците

Прашање бр 2				
Одговори	До 30 год.	До 50 год.	Над 50 год.	Вкупно
Нумерички показател	6	69	45	120
Процентуален показател	6%	57%	37%	100%

График бр 2 Возраст на испитаниците



Што значи дека истражувањето е спроведено на 12 испитаници, од кои 6% се на возраст до триесет години, 57% се на возрас до 50 години, и 37 % се на возраст над 50 години.

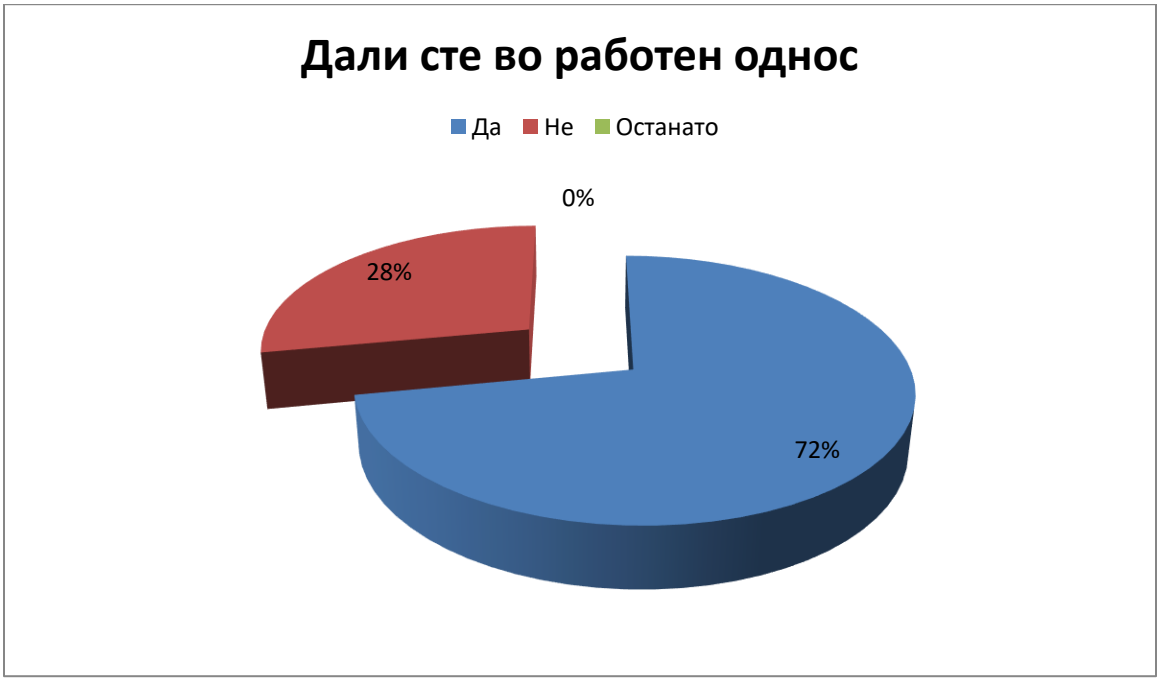
Прашање бр 3

На поставеното прашање бр 3 од анкетниот прашалник кое гласеше "Дали сте во работен однос?" Со Да одговориле 86 испитаници, со Не одговориле 34 испитаници и 0 испитаници одговориле со Останато (табела бр 3)

Табела бр. 3 Дали сте во работен однос?

Прашање бр 3				
Одговори	Да	Не	Останато	Вкупно
Нумерички показател	86	34	0	120
Процентуален показател	72%	28%	0%	100%

График бр. 3 Дали сте во работен однос?



Што можеме да забележиме дека 72 % од испитаниците се вработени, а 28 % од испитаниците се навработени.

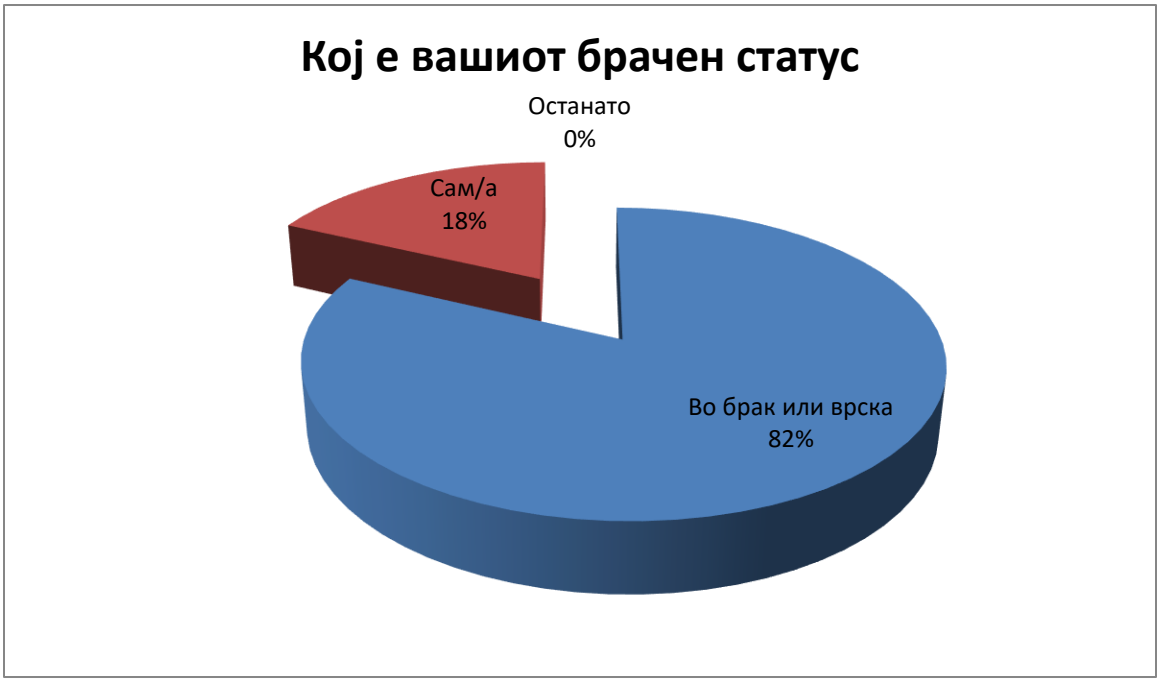
Прашање бр. 4

На прашањето бр. 4 кое гласеше " Кој е вашиот брачен статус " од вкупно 120 испитаници ''Во брак или врска'' одговориле 98 испитаници, ''Сам/а'' одговориле 22 испитаници, а останато одговориле 0 испитаници (табела бр 4)

Табела бр 4. Кој е вашиот брачен статус

Прашање бр 4				
Одговори	Во брак или врска	Сам/а	Останато	Вкупно
Нумерички показател	98	22	0	120
Процентуален показател	82%	18%	0%	100%

График бр 4 Кој е вашиот брачен статус



На ова прашање можеме да забележиме дека 82% од испитаниците се во врска или брак односно 18 % од испитаниците се сами односно не се во брак или врска.

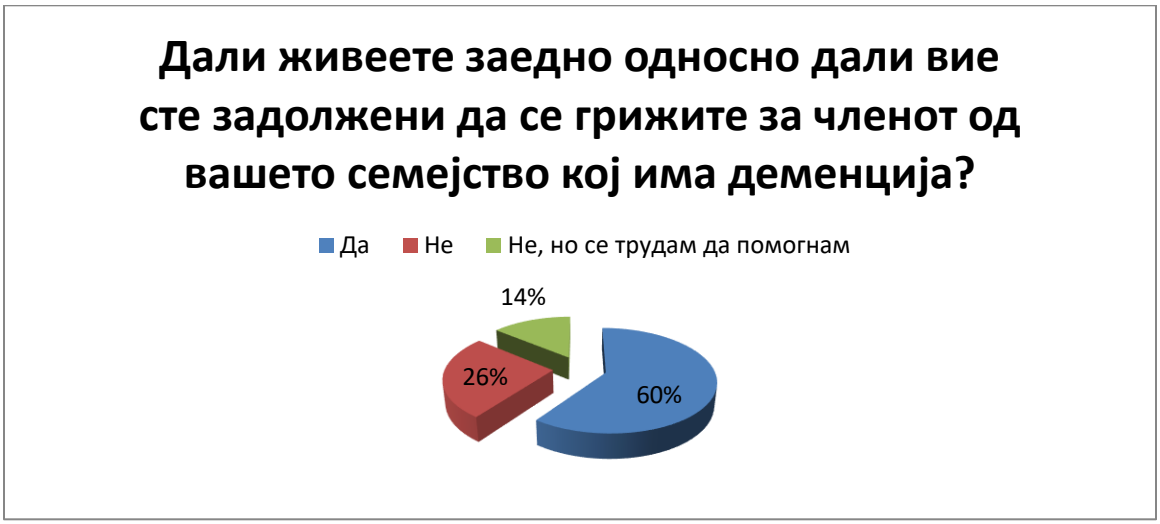
Прашање бр. 5

На прашањето бр 5 кое беше формулирано како ’’ Дали живеете заедно односно дали вие сте задолжени да се грижите за членот од вашето семејство кој има деменција? Со ’’ Да’’ одговориле 72 испитаници, Со ’’ Не’’ одговориле 31 испитаник, со ’’ Не, но се трудам да помогнам’’ одговориле 17 испитаници (Табела бр. 5)

Табела бр 5. Дали живеете заедно односно дали вие сте задолжени да се грижите за членот од вашето семејство кој има деменција?

Прашање бр 5				
Одговори	Да	Не	Не, но се трудам да помогнам	Вкупно
Нумерички показател	72	31	17	120
Процентуален показател	60%	26%	14%	100%

График бр 5



На графичкиот приказ можеме да видиме дека 60 % од истаниците живејат заедно односно се задолжени да се грижат за членот од семејство кој има деменција, 26 % не се задолжени да се грижат или не живејат заедно и 14 % од испитаниците не се задолжени но се трудат да помогнат.

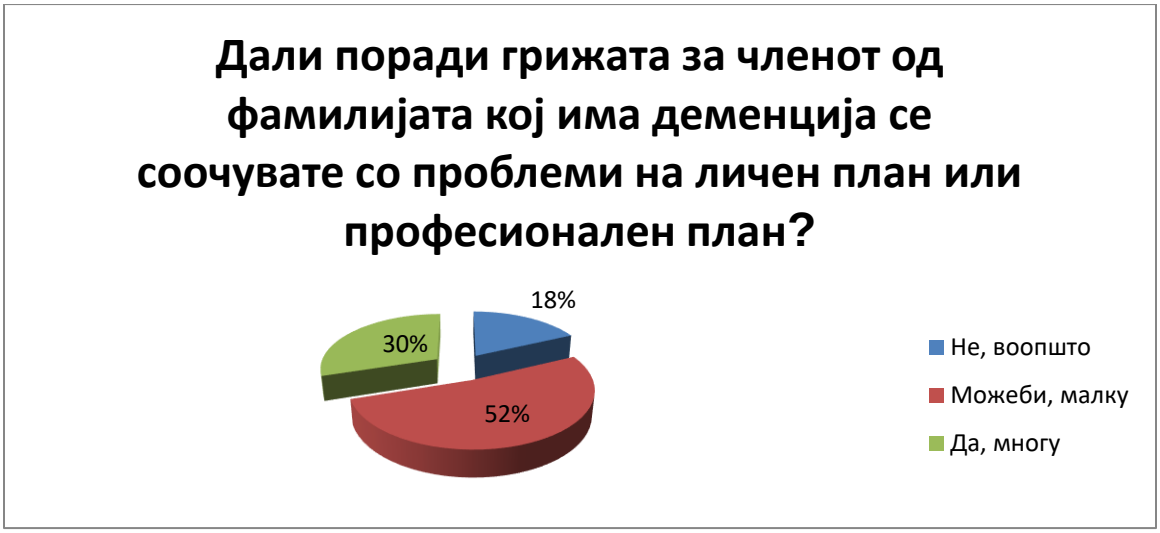
Прашање бр 6

На прашањето бр 6 кое гласеше ’’Дали поради грижата за членот од фамилијата кој има деменција се соочувате со проблеми на личен или професионален план?’’ Со ’’Не, воопшто’’ одговориле 22 испитаници, со ’’ Можеби, малку’’ одговориле 62 испитаници, со ’’Да, многу’’одговориле 36 испитаници (Табела бр 6)

Табела бр 6 Дали поради грижата за членот од фамилијата кој има деменција се соочувате со проблеми на личен или професионален план?

Прашање бр 6				
Одговори	Не, воопшто	Можеби, малку	Да, многу	Вкупно
Нумерички показател	22	62	36	120
Процентуален показател	18%	52%	30%	100%

График бр 6 Дали поради грижата за членот од фамилијата кој има деменција се соочувате со проблеми на личен или професионален план?



На шестото прашање 18 % одговориле дека немаат проблеми на личен или професионален план, 52 % одговориле дека можеби малку имаат проблеми на професионален и личен план и 30 % одговориле дека имаат многу проблеми на професионален или личен план.

Прашање бр 7

На прашањето бр 7 од анкетниот прашалник кое гласеше ’’Дали често се чувствувате како да немате доволно време да ги завршите сите обврски во текот на денот?’’ Со одговорот ’’Да, често’’ одговориле 76 испитаници, со одговорот ’’ Можеби понекогаш ’’ одговориле 32 испитаници, додека со одговорот ’’Не, никогаш’’ одговориле 12 испитаници (Табела бр 7)

Табела бр 7 Дали често се чувствувате како да немате доволно време да ги завршите сите обврски во текот на денот?

Прашање бр 7				
Одговори	Да, често	Можеби, понекогаш	Не, никогаш	Вкупно
Нумерички показател	76	32	12	120
Процентуален показател	63%	27%	10%	100%



График бр 7

На ова прашање позитивно одговориле дури 63 % од испитаниците што е висок процент, негативно 10 % од испитаниците и можеби, понекогаш одговориле 27 % од испитаниците.

Прашање бр 8

На прашањето со број 8 кое гласеше ’’Дали во слободното време се посветувате на работите кои ги сакате и ве исполнуваат?(пр. Вашето хоби, спортување)’’ Со ’’Да, секогаш’’ одговориле 6 испитаници, со одговорот ’’Можеби, понекогаш ’’ одговориле 81 испитаник, и со ’’Немам слободно време’’ одговориле 33 испитаници.(Табела бр 8)

Табела бр. 8 Дали во слободното време се посветувате на работите кои ги сакате и ве исполнуваат?(пр. Вашето хоби, спортување)

Прашање бр 8				
Одговори	Да, секогаш	Можеби, понекогаш	Немам слободно време	Вкупно
Нумерички показател	6	81	33	120
Процентуален показател	5%	68%	27%	100%

График бр 8



На работите кои ги сакаат и ги исполнуваат се посветуваат само 5% од испитаниците, понекогаш се посветуваат 68 % од испитаниците и немаат слободно време дури 27 % од испитаниците, што гледано од моја страна е доста висок процент.

Прашање бр 9

На прашањето ’’Дали имате време и можности за добар социјален живот, излегување, дружење со пријателите и тн.’’ со одговорот ’’Не, немам време и можности одговориле 42 испитаници, со одговорот ’’Можеби, понекогаш’’ одговориле 48 испитаници, додека со одговорот ’’Да, имам добар социјален живот одговориле 30 испитаници (Табела бр 9)

Табела бр 9

Прашање бр 9				
Одговори	Не, немам време и можности	Можеби, понекогаш	Да, имам добар социјален живот	Вкупно
Нумерички показател	42	48	30	120
Процентуален показател	35%	40%	25%	100%

График бр 9



На ова прашање позитивно, дека имаат добар социјален живот одговориле 25 % од испитаниците, дека немаат време и можности односно негативно одговориле 35 % од испитаниците, и можеби понекогаш одговориле 40 % од испитаниците.

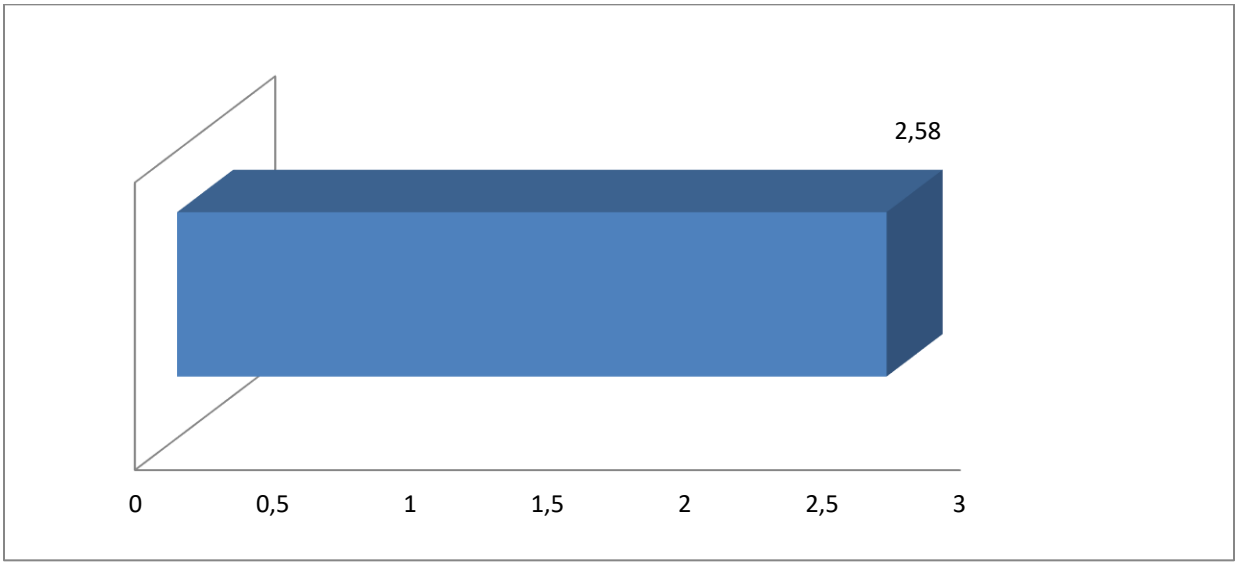
Начин на пресметка во квалитативна анализа

Поради потврдување, односно докажување на хипотезите во понатамошниот текст е спроведена квалитативна анализа на резултатите кои ги добивме во истражувањето. Во овој дел, одговорите кои ги добивме ги категоризиравме според нивните индикатори кои се соодветно бодирани и пресметани. Бодирањето и пресметувањето е направено така што секој одговор под А) ДА, добива 3 бодови, секој одговор под Б) ДЕЛУМНО, добива 2 бодови и секој одговор под В) НЕ, добива 1 бод. Највисокиот број кој може да биде пресметан од секое поединечно прашање (доколку претпоставиме дека сите испитаници одговориле под А) ДА, би бил вкупниот број на испитаници помножен со 3, додека најнискиот број би бил износот од вкупниот број на испитаници помножен со 1 (доколку претпоставиме дека сите испитаници одговориле под В) НЕ. Пресметаните бодови се делат со бројот на испитаници, со цел на добивање на аритметичка средина за конкретното прашање. За пресметка на варијаблата во хипотезите, вкупниот износ на бодови од прашања кои се составен дел од индикаторите на варијаблата се собираат и потоа се делат со бројот на опфатени прашања. За докажувањето на конкретната хипотеза, се прави споредба на добиените вредности од независната и зависната варијбла. Тоа значи дека се пресметува аритметичка средина на секое прашања, а потоа и на секоја истражувана варијабла. Добиениот резултат може да се движи од минимум 1, до максимум 3. Доколку аритметичката средина е поголема од 1,5, тогаш ја потврдуваме варијаблата, а доколку истата е помала од 1,5 тогаш ја оспоруваме варијаблата. Тоа значи дека доколку зависната и независната варијабла од една хипотеза се потврдуваат, тогаш таа хипотеза е докажана и обратно, доколку истовремено двете варијабли се оспоруваат повторно хипотезата е докажана. Овој метод на докажување или одбивање хипотези ке го искористам за поединечните хипотези кои произлегуваат од посебните хипотези, поврзани со соодветни прашања од анкетниот прашалник

Квалитативна анализа на поединечна хипотеза 1

Поединечна хипотеза 1 гласи − Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто се соочуваат со проблеми на личен или професионален план.

За проверка на оваа хипотеза ке биде искористена независната варијабла 1 ,а тоа се лицата кои живејат или се задолжени да се грижат за болниот од деменција од вкупниот број на испитаници, каде индикатори има во петото прашање од анкетниот прашалник. Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката средина со вредност од 2.58, каде истата е прикажана на слика 1, како што следува:

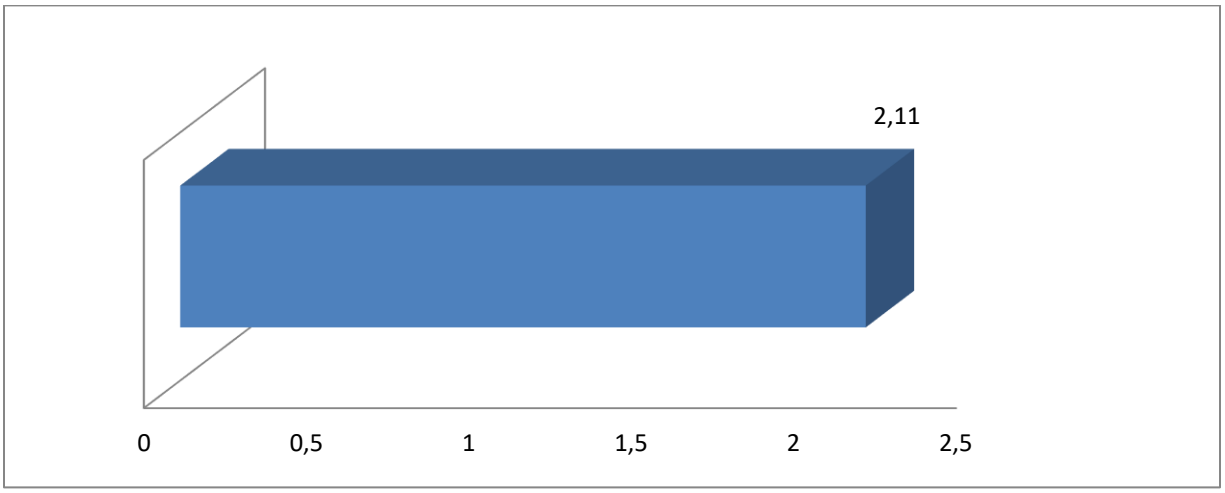


Независна варијабла бр1

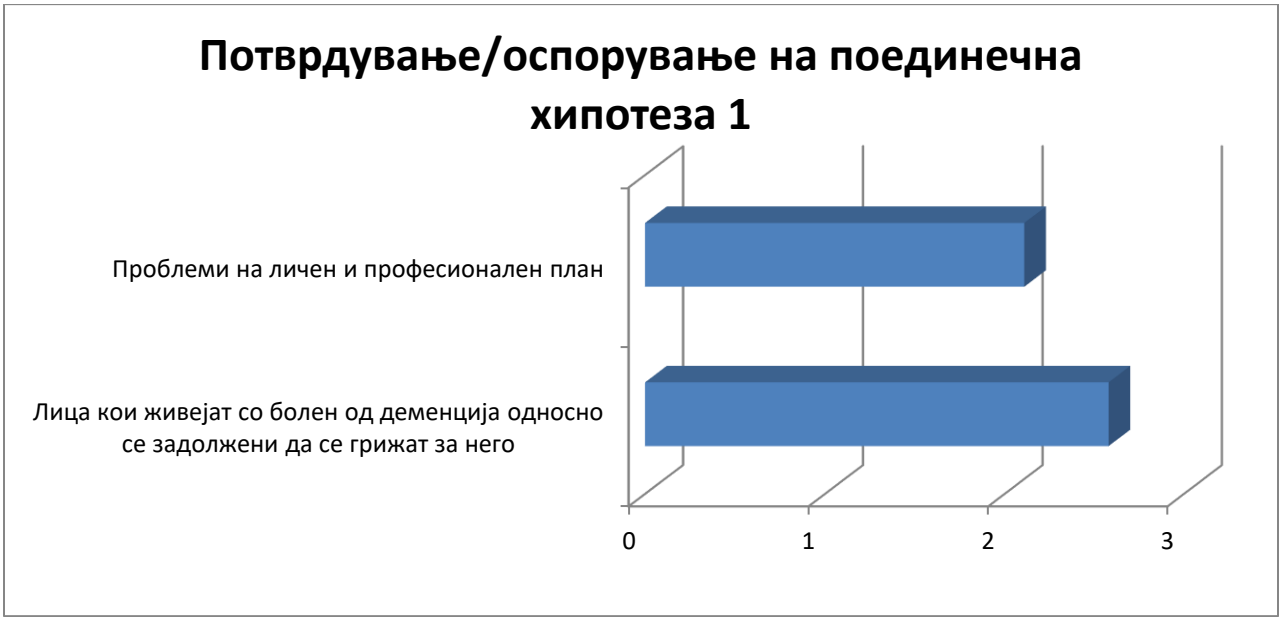
Слика 1 Независната варијабла 1 ,а тоа се лицата кои живејат или се задолжени да се грижат за болниот од деменција од вкупниот број на испитаници.

Како зависна варијабла 1 се јавува индикаторот кој е во прашањето бр. 6 од анкетниот прашалник кое гласи: Дали поради грижата за болниот од деменција почесто се соочувате со проблеми на личен и професионален план? Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката

средина во вредност од 2.11, каде истата е прикажана на слика 2, како што следува:



Зависна варијабла 1(прашање бр.6 анкетен прашалник)

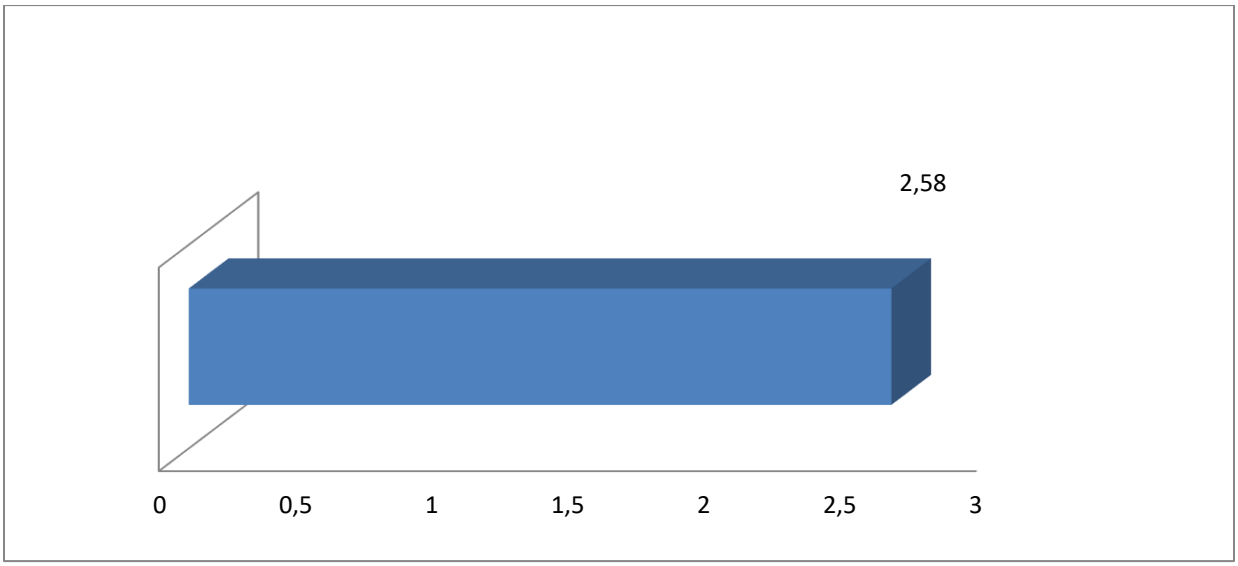


Независна варијабла 1 има резултат од 2.58, додека зависна варијабла 1 има резултат од 2.11, каде при нивна споредба може да се заклучи дека овие резултати се повисоки од 1.5 - кој резултат е утврден за потврдување на хипотезата, па така се потврдува поединечната хипотеза 1 која гласи: Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто се соочуваат со проблеми на личен или професионален план.

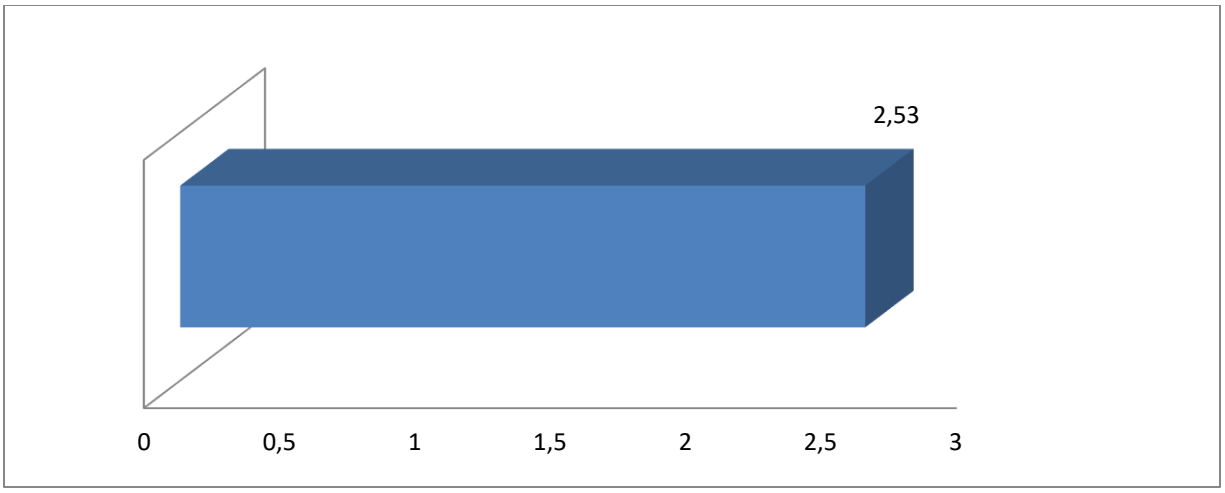
Квалитативна анализа на поединечна хипотеза 2

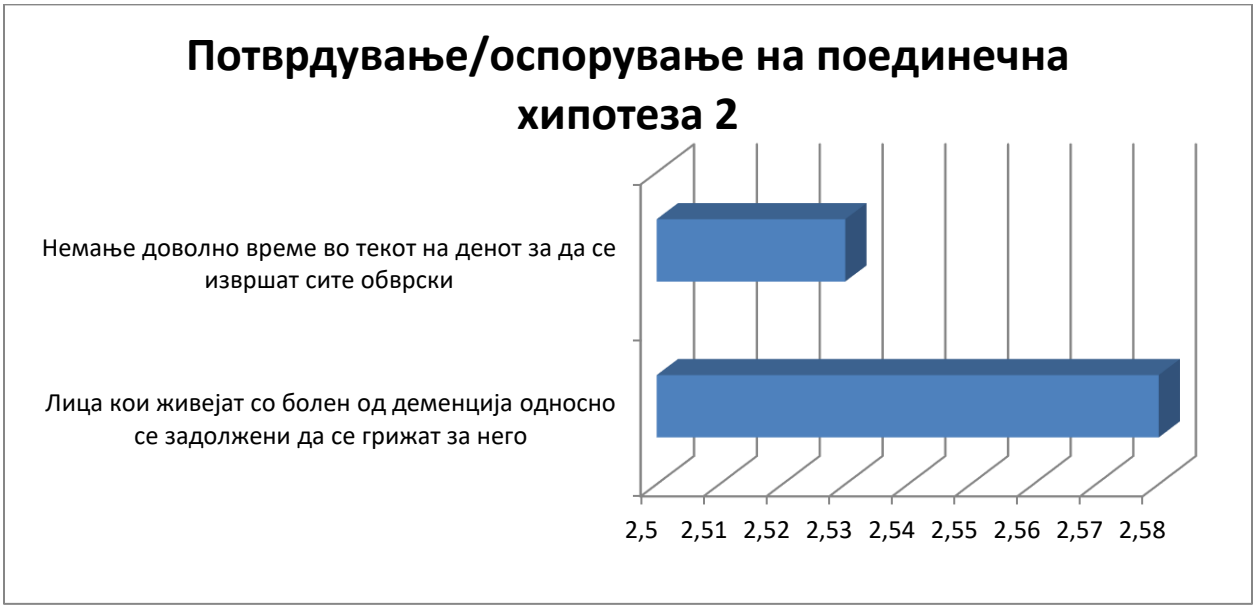
- Поединечна хипотеза 2 гласи − Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто немат доволно време во текот на денот за да ги завршат сите обврски.

За проверка на оваа хипотеза ке биде искористена независната варијабла 1 ,а тоа се лицата кои живејат или се задолжени да се грижат за болниот од деменција од вкупниот број на испитаници, каде индикатори има во петото прашање од анкетниот прашалник. Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката средина со вредност од 2.58, каде истата е прикажана на слика 1, како што следува:



Како зависна варијабла 2 се јавува индикаторот кој е во прашањето бр. 7 од анкетниот прашалник кое гласи: Дали поради грижата за болниот од деменција почесто се соочувате со немање доволно време во текот на денот за да ги завршат сите обврски? Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката средина во вредност од 2.53, каде истата е прикажана на сликата, како што следува:



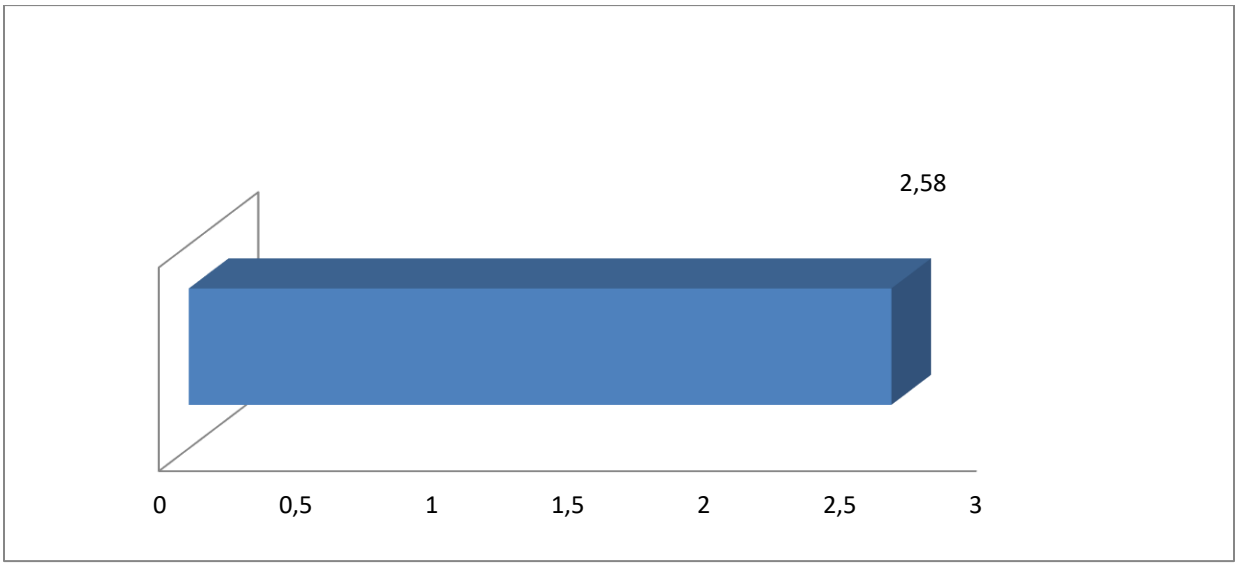


Независна варијабла има резултат од 2.58, додека зависна варијабла 2 има резултат од 2.53, каде при нивна споредба може да се заклучи дека овие резултати се повисоки од 1.5 - кој резултат е утврден за потврдување на хипотезата, па така се потврдува поединечната хипотеза 2 која гласи: Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто немаат време во текот на денот за да ги обават сите обврски.

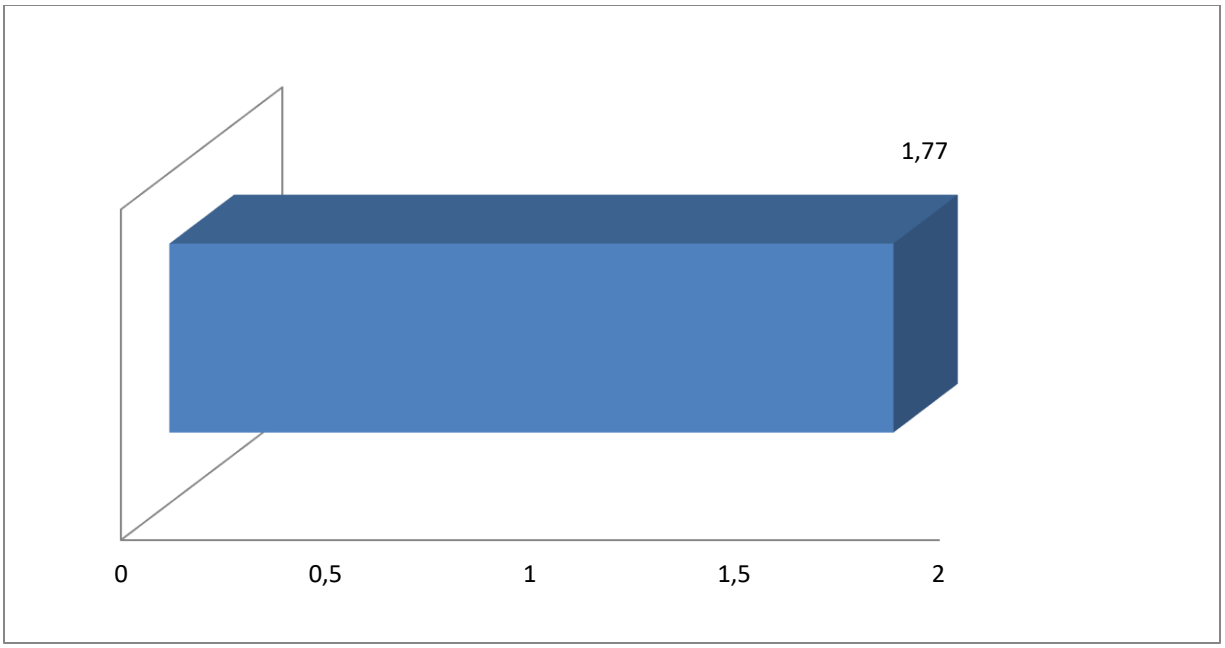
Квалитативна анализа на поединечна хипотеза 3

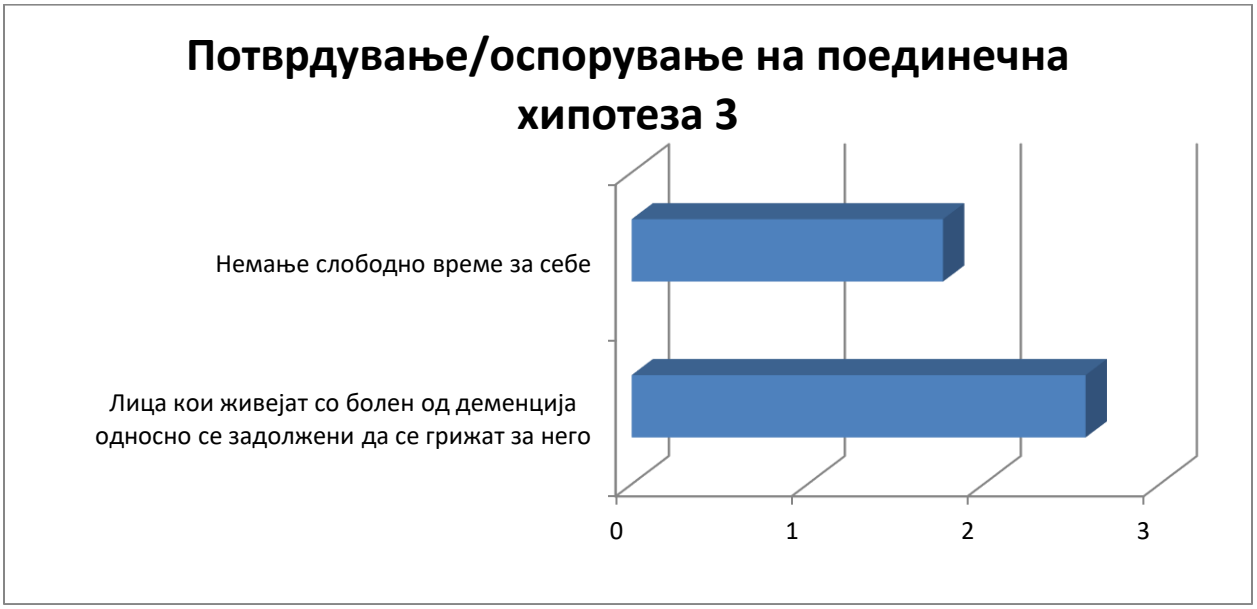
- Поединечна хипотеза 3 гласи − Лицата кои живеат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто немат слободно време за себе.

За проверка на оваа хипотеза ке биде искористена независната варијабла 1 ,а тоа се лицата кои живејат или се задолжени да се грижат за болниот од деменција од вкупниот број на испитаници, каде индикатори има во петото прашање од анкетниот прашалник. Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката средина со вредност од 2.58, каде истата е прикажана на сликата, како што следува:



Како зависна варијабла 3 се јавува индикаторот кој е во прашањето бр. 8 од анкетниот прашалник кое гласи: Дали поради грижата за болниот од деменција почесто се соочувате со немање доволно слободно време за себе? Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката средина во вредност од 1.77, каде истата е прикажана на сликата, што следува:



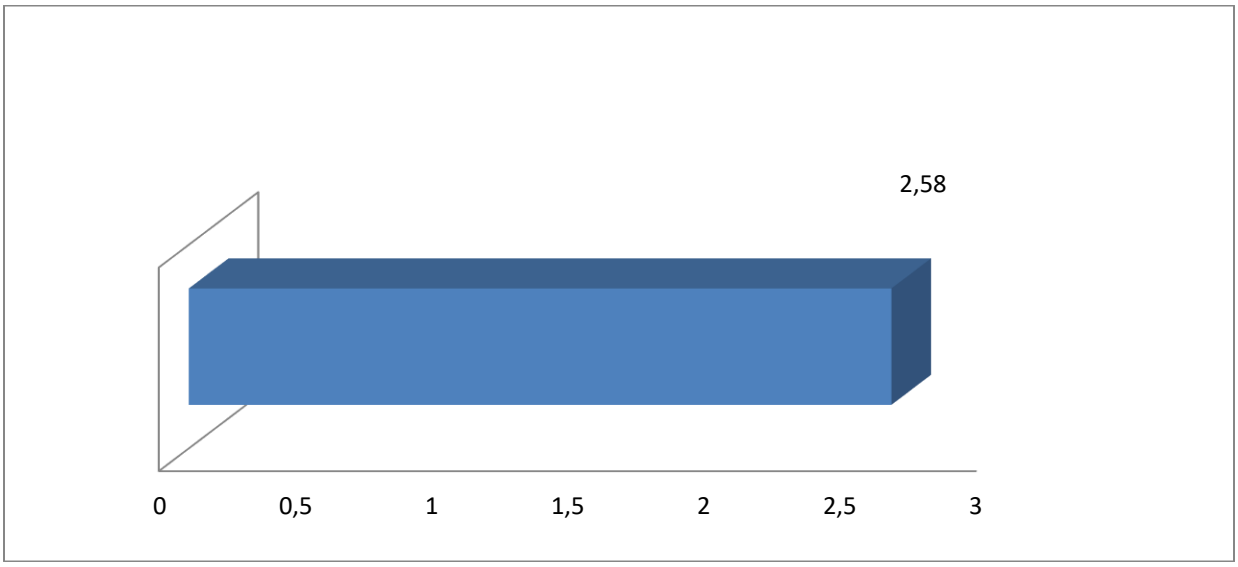


Независна варијабла има резултат од 2.58, додека зависна варијабла 3 има резултат од 1.77, каде при нивна споредба може да се заклучи дека овие резултати се повисоки од 1.5 - кој резултат е утврден за потврдување на хипотезата, па така се потврдува поединечната хипотеза 3 која гласи: Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто немаат слободно време за себе.

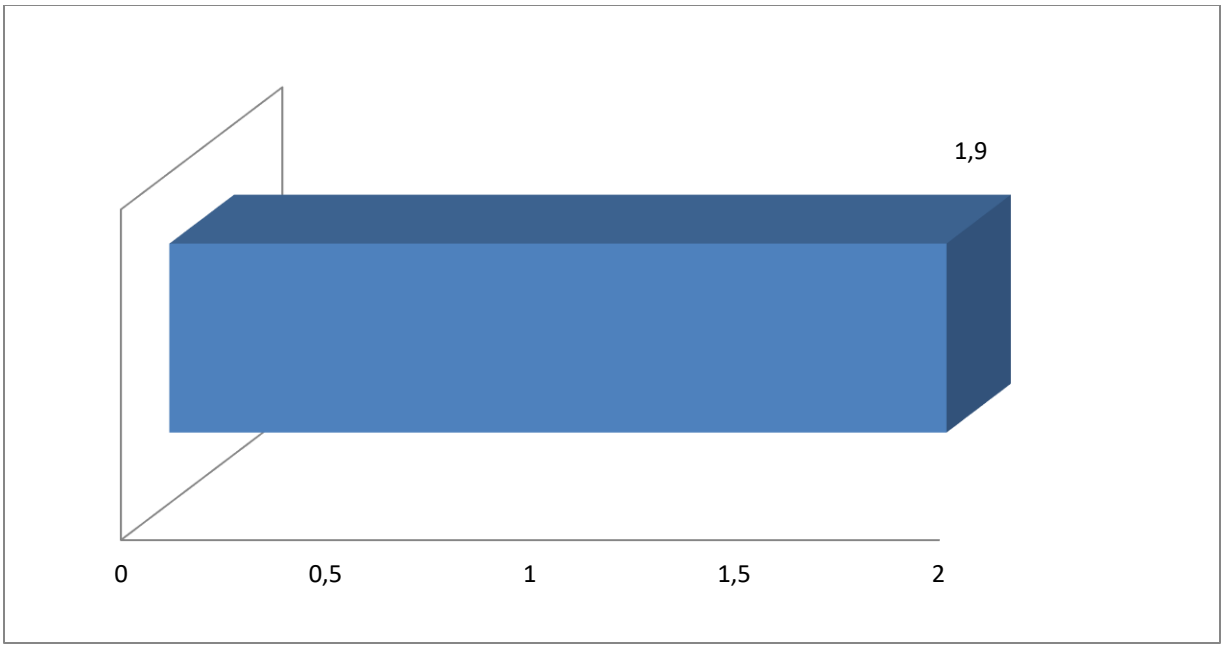
Квалитативна анализа на поединечна хипотеза 4

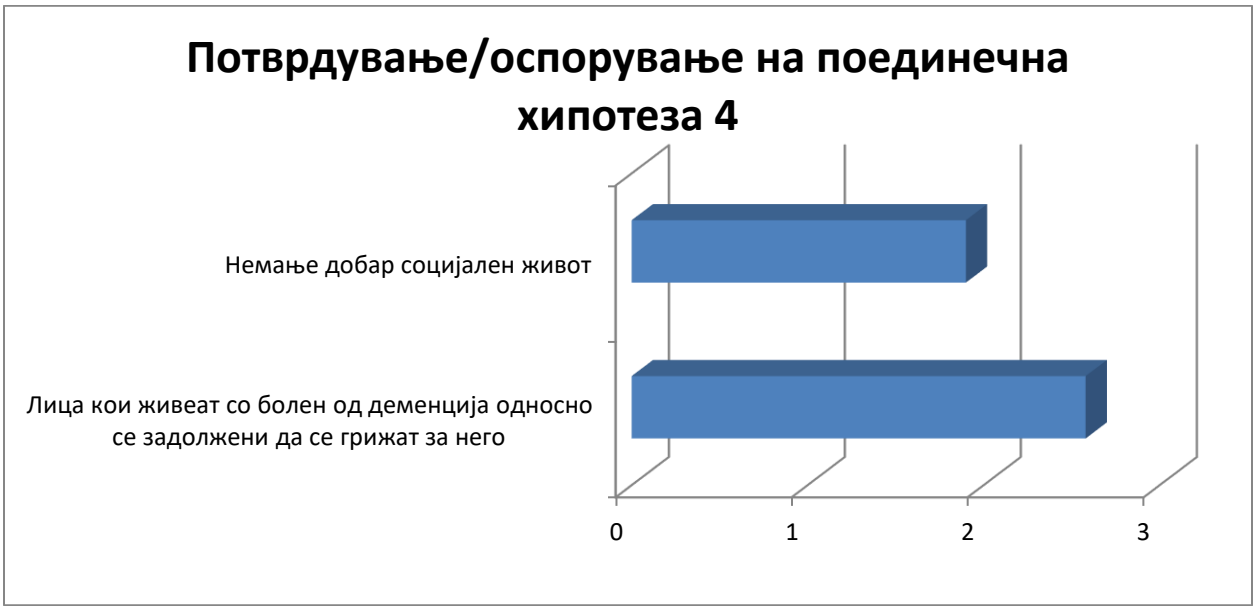
- Поединечна хипотеза 4 гласи − Лицата кои живејат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, немаат добар социјален живот

За проверка на оваа хипотеза ке биде искористена независната варијабла 1 ,а тоа се лицата кои живејат или се задолжени да се грижат за болниот од деменција од вкупниот број на испитаници, каде индикатори има во петото прашање од анкетниот прашалник. Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката средина со вредност од 2.58, каде истата е прикажана на сликата, како што следува:



Како зависна варијабла 4 се јавува индикаторот кој е во прашањето бр. 9 од анкетниот прашалник кое гласи: Дали поради грижата за болниот од деменција почесто се соочувате со немањена добар социјален живот? Спроведената квалитативна пресметка донесе резултат на аритметичката средина во вредност од 1.9, каде истата е прикажана на сликата, што следува:





Независна варијабла има резултат од 2.58, додека зависна варијабла 3 има резултат од 1.9, каде при нивна споредба може да се заклучи дека овие резултати се повисоки од 1.5 - кој резултат е утврден за потврдување на хипотезата, па така се потврдува поединечната хипотеза 4 која гласи: Лицата кои живеат со болниот од деменција или се задолжени да се грижат за него, почесто се соочуваат со лош социјален живот.

Обработка на резултатите од психолошките тестови

–Тестот за депресија, анксиозност и стрес – ДАС тестот

На тестот за депресија, анксиозност и стрес кој беше спроведен на 120 испитаници, од кои заради употреба на резултатите за докажување/одбивање хипотези во текстот подолу испитаниците беа поделени во две групи и тоа испитаници кои не живеат со болниот од деменција или не се задолжени да се грижат за него и испитаници кои се задолжени да се грижат за болниот односно живеат со него по обработените техники за пресметување ги даде резултетите кои ке бидат претставени во следниве табели.

Стрес				
Резултати за стрес од ДАС тестот	Нормално ниво на стрес	Високо ниво на стрес	Многу високо ниво на стрес	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	11	28	9	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	8	43	21	72
Вкупно	19	71	30	120

Од оваа табела се гледа дека од лицата кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција 11 испитаници се соочуваат со нормално ниво на стрес, 28 испитаници се соочуваат со високо ниво на стрес и 9 испитаници кои се соочуваат со многу високо ниво на стрес, внупниот број на испитаници кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот е 48 испитаници.

Од лицата кои живеат односно се задолжени да се грижат за болниот само 8 испитаници се соочуваат со нормално ниво на стрес, 43 испитаници се соочуваат со високо ниво на стрес ,а додека со многу високо ниво се соочуваат дури 21 испитаник, вкупниот број на испитаници кои живеат односно се задолжени да се грижат за дементната особа е 72.

Депресија				
Резултати за депресија од ДАС тестот	Нормално ниво на депресија	Високо ниво на депресија	Многу високо ниво на депресија	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	20	26	2	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	5	53	14	72
Вкупно	25	79	16	120

Од оваа табела се гледа дека од лицата кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција 20 испитаници се соочуваат со нормално ниво на депресија, 26 испитаници се соочуваат со високо ниво на депресија и 2 испитаници кои се соочуваат со многу високо ниво на депресија, внупниот број на испитаници кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот е 48 испитаници.

Од лицата кои живеат односно се задолжени да се грижат за болниот само 5 испитаници се соочуваат со нормално ниво на депресија, дури 53 испитаници се соочуваат со високо ниво на депресија што претставува голема бројка ,а додека со многу високо ниво се соочуваат дури 14 испитаници, вкупниот број на испитаници кои живеат односно се задолжени да се грижат за дементната особа е 72.

Анксиозност				
Резултати за анксиозност од ДАС тестот	Нормално ниво на анксиозност	Високо ниво на анксиозност	Многу високо ниво на анксиозност	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	15	32	1	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	8	52	12	72
Вкупно	23	84	13	120

Од оваа табела се гледа дека од лицата кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција 15 испитаници се соочуваат со нормално ниво на анксиозност, 32 испитаници се соочуваат со високо ниво на анксиозност и 1 испитаник кој се соочува со многу високо ниво на анксиозност, вкупниот број на испитаници кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот е 48 испитаници.

Од лицата кои живеат односно се задолжени да се грижат за болниот само 8 испитаници се соочуваат со нормално ниво на анксиозност, дури 52 испитаници се соочуваат со високо ниво на анксиозност што претставува голема бројка ,а додека со многу високо ниво се соочуваат дури 12 испитаници, вкупниот број на испитаници кои живеат односно се задолжени да се грижат за дементната особа е 72.

–Тестот за психолошка благосостојба – РИФ тестот

Од следнава табела се гледа дека од лицата кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција 14 испитаници се соочуваат со ниско ниво на благосостојба, 25 испитаници се соочуваат со средно ниво на психолошка благосостојба и 1 испитаник кој се соочува со високо ниво на психолошка благосостојба, вкупниот број на испитаници кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот е 48 испитаници.

Од лицата кои живеат односно се задолжени да се грижат за болниот дури 54 испитаници се соочуваат со ниско ниво на психолошка благосостојба, 16 испитаници се соочуваат со средно ниво на психолошка благосостојба,а додека високо ниво имаат само 2 испитаници, вкупниот број на испитаници кои живеат односно се задолжени да се грижат за дементната особа е 72.

Психолошка благосостојба				
Резултати за психолошка благосостојба од ДАС тестот	Ниско ниво на психолошка благосостојба	Средно ниво на психолошка благосостојба	Високо ниво на психолошка благосостојба	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	14	25	9	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	54	16	2	72
Вкупно	68	41	11	120

X^2 тест

За докажување/ одбивање на посебните хипотези ке биде искористен X^2 Тестот. X^2 Тестот претставува статистичката обработка на податоците кои ќе се добијат во оваистражување се состои во пресметување на x2-тестот или уште познат какоПирсонов коефициент на контингенција.

X2-тестот најчесто се применува кога резултатите добиени воистражувањето може да се изразат преку фреквенции. x2-тестот претставуваквадрирана разлика од збирот на очекуваните и добиените фреквенции.

Основната формула за пресметување е следна:

Chi-square Constructed

$$X^2 = \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(Observed - Expected)^2}{Expected}$$

Oi - претставуваат добиените фреквенции од емпириското истражување,

Ei - претставуваат очекуваните фреквенции според поставенатахипотеза

Вредноста на добиениот x2 се споредува со вредностите дадени вотабела за одреден број на степени на слобода. Ако добиената вредност на x2 епоголема од вредноста во табелата на ниво на 5% веројатност, тогаш не сепотврдува поставената хипотеза а се потврдува работната хипотеза.Вредноста на x2 за 2 степени на слобода и праг на значајност 0,05 е5,991.

Висината на поврзаност е добиена со помош на коефициентот на контингенција (C):

Каде што,

$$C = \sqrt{\frac{x2}{N + x2}}$$

x2= пресметана вредност за x2

N = вкупниот број на фреквенции.

Коефициентот на контингенција се движи помеѓу 0 и 1. Акокоефициентот е поблизу до 1, тогаш зависниот модалитет помеѓу испитуванитеваријабли е висок.Ако коефициентот е поблизу до 0, зависноста помеѓу испитуваните варијабли е слаба.

Докажување/одбивање на псебни хипотези

Докажување/одбивање на посебна хипотеза 1

Првата посебна хипотеза гласи лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на стрес како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.

За докажување односно одбивање на оваа хипотеза ке ги искористиме непроменливата варијабла и резултатите од строведените тестирања со тестот ДАС.

Стрес				
Резултати за стрес од ДАС тестот	Нормално ниво на стрес	Високо ниво на стрес	Многу високо ниво на стрес	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	11	28	9	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	8	43	21	72
Вкупно	19	71	30	120

Пресметки со X^2 тестот

Fe	Ft	Fe-Ft	Fe- Ft^2	$Fe-Ft^2$ / Ft
11	7.6	3.4	11.56	1.52
8	11.4	- 3.4	-11.56	1.01
28	28.4	- 0.4	-0.16	-0.005
43	42.6	0.4	0.16	0.003
9	12	-3	-9	-0.75
21	18	3	9	0.5

2.27 < 5.991

$X^2 = 2.27$

Резултатот од X^2 тестот кој го добивме е 2,27 што е помала вредност од табличната вредност за $\boldsymbol{X^2}$ за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991.Со тоа се укажува дека резултатите на лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот не соодејствуваат со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа

C=√2.27/120+2.27

C=√2.27/122.27

C=√0.01

C=0.1

Коефициентот на контингенција C кој го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со одговорите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за нејзе и има вредност 0,1 што значи умерена поврзаност.Имено, и од табелата и од графичкиот приказ,од резултатите од тестовите па и од пресметаниот ***x2***– тест се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација околу стресот со кој се соочуваат испитаниците се разликуваат исказите и резултатите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа.

Со ова не се потврдува поставената посебна хипотеза која гласеше: лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на стрес како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.***Иако со стрес се соочуваат и лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот сепак различен е интензитетот на стрес, со што се заклучува односно се потврдува тврдењето дека лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа се соочуваат повеќе со стрес и тоа со поголем интензитет на стрес***

Докажување/одбивање на посебна хипотеза 2

Лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на депресија како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.

Депресија				
Резултати за депресија од ДАС тестот	Нормално ниво на депресија	Високо ниво на депресија	Многу високо ниво на депресија	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	20	26	2	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	5	53	14	72
Вкупно	25	79	16	120

Fe	Ft	Fe-Ft	Fe- Ft^2	Fe-Ft^2 / Ft
20	10	10	100	10
5	15	-10	-100	-6.6
26	31.6	- 5.6	-31.3	-0.99
53	47.4	5.6	31.3	0.66
2	6.4	-4.4	-19.36	-3.02
14	9.6	4.4	19.36	2.01

$X^2 = 2.06$

$2.06 < 5.991$

Резултатот од X^2 тестот кој го добивме е 2,06 што е помала вредност од табличната вредност за $\boldsymbol{X^2}$ за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991.Со тоа се укажува дека резултатите на лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот не соодејствуваат со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа

C=√2.06/120+2.06

C=√2.06/122.06

C=√0.01

C=0.1

Коефициентот на контингенција C кој го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со одговорите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за него и има вредност 0,1 што значи умерена поврзаност. Имено, и од табелата и од графичкиот приказ,од резултатите од тестовите па и од пресметаниот ***x2***– тест се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација околу депресијата со која се соочуваат испитаниците се разликуваат исказите и резултатите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа.

Со ова не се потврдува поставената посебна хипотеза 2 која гласеше: лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на депресија како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.***Иако со депресија се соочуваат и лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот сепак различен е степенот на депресијата, со што се заклучува односно се потврдува тврдењето дека лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа се соочуваат повеќе со депресија и тоа со повисок степенво споредба со лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот.***

Докажување/одбивање на посебна хипотеза 3

Посебна хипотеза 3 гласи: лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на анксиозност како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.

Анксиозност				
Резултати за анксиозност од ДАС тестот	Нормално ниво на анксиозност	Високо ниво на анксиозност	Многу високо ниво на анксиозност	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	15	32	1	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	8	52	12	72
Вкупно	23	84	13	120

Пресметки по X^2 тестот

Fe	Ft	Fe-Ft	Fe- Ft^2	$Fe-Ft^2$ / Ft
15	9.2	5.8	33.64	3.65
8	13.8	-5.8	-33.64	-2.43
32	33.6	-1.6	-2.56	-0.076
52	50.4	1.6	2.56	0.05
1	5.2	-4.2	-17.64	-3.39
12	7.8	4.2	17.64	2.26

$0.07 < 5.991$

$X^2 = 0.07$

Резултатот од X^2 тестот кој го добивме е 0.07 што е помала вредност од табличната вредност за $\boldsymbol{X^2}$ за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991.Со тоа се укажува дека резултатите на лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот не соодејствуваат со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа

C=√0.07/120+0,07

C=√0.07/120.07

C=√0.005

C=0.02

Коефициентот на контингенција C кој го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со одговорите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за него и има вредност 0,02 што значи слаба поврзаност. Имено, и од табелата и од графичкиот приказ,од резултатите од тестовите па и од пресметаниот ***x2***– тест се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација околу анксиозноста со која се соочуваат испитаниците се разликуваат исказите и резултатите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа.

Со ова не се потврдува поставената посебна хипотеза 3 која гласеше: лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исти степен на анксиозност како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.***Иако со анксиозност се соочуваат и лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот сепак различен е степенот на анксиозност, со што се заклучува односно се потврдува тврдењето дека лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа се соочуваат повеќе со анксиозност и тоа со повисок степен во споредба со лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот.***

Докажување/одбивање на посебна хипотеза 4

Посебна хипотеза 4 гласи**:** Лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, имаат исто ниво на психолошка благосостојба како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.

Психолошка благосостојба				
Резултати за психолошка благосостојба од ДАС тестот	Ниско ниво на психолошка благосостојба	Средно ниво на психолошка благосостојба	Високо ниво на психолошка благосостојба	Вкупно
Лица кои не живеат или не се задолжени да се грижат за блиските со деменција	14	25	9	48
Лица кои живеат/задолжени се да се грижат за блиските со деменција	54	16	2	72
Вкупно	68	41	11	120

Fe	Ft	Fe-Ft	Fe- Ft²	Fe-Ft² / Ft
14	27.2	-13.2	-174.24	-6.4
54	40.8	13.2	174.24	4.2
25	16.4	8.6	73.96	4.5
16	24.6	-8.6	-73.96	-3.0
9	4.4	4.6	21.16	4.8
2	6.6	-4.6	-21.16	-3.20

$0.9 < 5.991$

$X^2 = 0.9$

Резултатот од X^2 тестот кој го добивме е 0.9 што е помала вредност од табличната вредност за $\boldsymbol{X^2}$ за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991.Со тоа се укажува дека резултатите на лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот не соодејствуваат со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа

C=√0.9/120+0,9

C=√0.9/120.9

C=√0.007

C=0.08

Коефициентот на контингенција C кој го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со одговорите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за него и има вредност 0,08 што значи слаба поврзаност. Имено, и од табелата и од графичкиот приказ,од резултатите од тестовите па и од пресметаниот ***x2***– тест се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација околу психолошката благосостојба со која се соочуваат испитаниците се разликуваат исказите и резултатите на испитаниците кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот, со резултатите на лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа.***Со ова не се потврдува поставената посебна хипотеза 4*** која гласеше: лицата кои имаат член од семејството болен од деменција и живеат односно се задолжени да се грижат за него, се соочуваат со исто ниво на психолошка благосостојба како и лицата кои имаат член на семејството болен од деменција но не живеат односно не се задолжени за се грижат на него.***Иако со ниска благосостојба можат да се соочуваат и лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот сепак различно е нивото на благосостојба, со што се заклучува односно се потврдува тврдењето дека лицата кои живеат со дементна особа односно се задолжени да се грижат за неа се соочуваат повеќе со ниска благосостојба во споредба со лицата кои не живеат односно не се задолжени да се грижат за болниот.***

Од помошните хипотези можеме да го извлечеме тврдењето и за главната хипотеза и да ја формулираме како заклучок од ова истражување и тоа:

Лицата кои живеат со болните од деменција или се задолжени да се грижат за нив се соочуваат со повеќе стрес, анксиозност депресија и со помалку психолошка благосостојба, во споредба со луѓето кои не живеат со болните од деменција или не се задолжени да се грижат за нив.

Како и тоа дека лицата кои живеат со болните од деменција или се задолжени да се грижат за нив почесто се соочуваат со проблеми на личен или професионален план како и со почесто немање време во текот на денот за обавување на сите обврски, односно почето немање време за себе и за својот социјален живот.

Заклучок

Деменцијата е синдром предизвикан од некое органско заболување на мозокот, обично од хронична и прогресивна природа, кој се манифестира со повеќекратно оштетување на високите кортикални функции, вклучувајќи го помнењето, мислењето, ориентацијата, сфаќањето, сметањето, способноста за учење, јазикот и расудувањето. Освен нарушено памтење може да се јави и нарушување на говорот, намалување на моторната способност, како и способноста за распознавање. Ваквото онеспособување на социјален и професионален план во голема мера влијае врз расположението на болниот што од своја страна предизвикува промени во однесувањето поради што е неопходна брза дијагноза на болеста и прогноза на истата со цел да се преземе соодветен медицински и социјален третман. Сите овие промени кај болниот се многу вознемирувачки за семејството особено за оние што се задолжени за се грижат за болниот, тие се соочуваат со многу високо ниво на стрес, анксиозност, често паѓаат во депресија, и имаат намалено ниво на психолошка благосостојба. Грижата за ваквите болни воопшто не е едноставна, блиските кои се грижат за овие луѓе посветувајки се на новонастанатите промени, се вложуваат максимално, се почесто се нервозни, раздразливи, даваат се од себе, за да можат да помогнат, се измачуваат и физички и ментално, немаат слободно време за себе, избегнуваат контакти, се изолираат од средината, се почесто имаат проблеми на личен и професионален план, незадоволни се , даваат се од себе ,но не помага, ништо не се менува, се соочуваат со еднолични разговори, еднолично секојдневие, се чувствуваат како да излегуваат од контрола.

Порака

Модерното општество, кое е препознатливо по екстремно брзиот развој на технологијата, големите побарувања и брзината на живеење на човекот носат многу позитивности од аспект на развојот на човекот во сите области. Но целиот тој брз развој во сите области има и своја темна страна.Човекот е во ситуација постојано да живее под притисок на времето и намногубројните задачи кои се бараат од него.Ако на целиот тој притисок и трка со времето ја додадеме и грижата за членовите во фамилијата кои не се во можност да се грижат сами за себе...посебно ако зборуваме за деменција... БУМ !

Вистината е дека живониот пат по кој одиме не секогаш ќе биде исполет со патокази кои ќе не насочуваат во вистнската насока.Животот е војна, а ние борци.Проблемите се тренинг, а сотојбата на умот е нашето оружје.Бидете храбри и истрајни. Мислете и на себе.Размслете каде сакате да бидете за десет години од сега. Борете се да го постигнете она кое го сакате.Товарот е тежок а патот е стрмен, но кога еднаш ќе го освоите врвот, сте го освоиле и светот! А за да го направите тоа, за да можете да и помогнете и на другите треба да мислите и на себе, зошто само ако вие сте во добра состојба можете да помогнете и на другите. Затоа најдете време за себе.Направете тајм аут. Вежбајте јога, слушајте музика, медитирајте.Јадете избалансирани оброци, здравото хранење е клучно како за физичкото така и за менатлното здравје. Земете длабоко воздух. Да, потрудете се да дадете се од себе кога станува збор за извршување на задачите, за грижата околу болниот ,но не целете кон перфекционизам, зошто тоа не е возможно, нема да добиете ништо наметнувајки си грижа на совест, дадете се од себе за да помогнете ,но контролирајте ги негативните емоции, не се нервирајте, не се разочарувајте, ако вие сте во добро расположение, тоа ке биде позитивно и за болниот, извршете ги задачите и на крајот на денот бидете задволни од она што сте го постигнале со тоа што сте се дале комплетно за да помогнете и сте направиле се што е потребно, но сте оставиле малку од својата менталната енергија за себе, за своето здравје, за новиот ден, за новата борба....

Користена литература

1. Американски прирачник за клиничка медицина– Џорџ А. Флин 2015
2. Здравствена психологија со психодијагностика – Д. Белевска2018
3. Клиничка неврологијаРадојчич М.Б,2006;
4. Медицинска психологија–Ѓорги Чадловски 2004
5. Медицинска фармакологија и терапевтици– Дерек Џ. Равел, Ендру Џ. Ранвик, КитХилер 2015
6. Меѓународна здравствена пракса-Даниел Перлман Анаја Пој 2010
7. Принципи на неврологија- Ерик Р. Кендел, Џејмс.Х. Шварц, Томас М.Џесел
8. Психоанализа и психијатрија – С. Фројд 2015
9. Психологија на секојдневниот живот – С. Фројд 2019
10. Психологијата како наука и професија− Мирослав Пендаровски 2021
11. Svetska Zdravstvena organizacija: ICD 10 Klasifikacija mentalnih poremecaja i poremecaja ponasanja, Zavod za ucebnike i nastavna sretstva, Beograd,
12. Современи тераписки принципи во невролошките болести- Петров.И, Таравари.А, Никодиевич. Д, Петрова.В,Скопје2004;
13. Стрес, несоница, анксиозност депресија – М. Чепреганов2014
14. Учебник по психијатрија за студенти по медицина Штип 2013 Проф. д-р Кнегиња Рихтер Соколовска, Проф. д-р Гордана Панова, Проф. д-р д-р Гунтер Никлевска ,Проф. д-р Диана Белевска , Асс. м-р Д-р Стојан Бајрактаров
15. https://idilaterzieva.mk/opis-na-kompleksot/
16. https://mk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81_%D0%BA%D0%B0%D1%98_%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%83%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB
17. https://emiter.com.mk/vesti/17732
18. https://ckgs.org.mk/wp-content/uploads/2020/03/Vodich-za-neguvateli-Crven-krst-CK.pdf
19. https://www.youthcan.org.mk/anksioznost-i-depresija-kako-da-izle/